

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI "FEDERICO II"



DOTTORATO DI RICERCA

IN

ECONOMIA E MANAGEMENT
DELLE AZIENDE E DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

XXVI CICLO

Tesi di Dottorato

**Processo di Budget nell'AOU "Federico II" di Napoli:
strumento di programmazione, controllo e integrazione organizzativa**

Dottoranda:

Dott.ssa Daniela Marcellini

Docente:

Prof. Riccardo Mercurio

Tutor:

Prof.ssa Maria Triassi

Anno Accademico 2012 – 2013

Indice

| | |
|--|--------------|
| Introduzione | p. 1 |
| Note introduttive al lavoro | p.4 |
| Sezione I - Analisi Scenario | p. 5 |
| Capitolo 1 – Controllo di direzione nelle aziende sanitarie | p. 6 |
| 1.1 Il processo di direzione aziendale: cenni | p.6 |
| 1.2 Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie | p. 10 |
| 1.2.1 Finalità e requisiti del controllo di gestione | p.10 |
| 1.2.2 Elementi e fasi del controllo di gestione | p. 15 |
| 1.2.3 Strumenti del controllo di gestione | p. 19 |
| 1.3 Conclusioni | p. 23 |
| Capitolo 2 – Il Processo di Budget nelle aziende sanitarie | p. 25 |
| 2.1 Introduzione..... | p. 25 |
| 2.2 Che cos'è il budget? | p. 26 |
| 2.3 Soggetti coinvolti: ruoli e attori del Processo di Budget | p. 28 |
| 2.4 Le funzioni del budget | p. 24 |
| 2.5 Articolazione del budget | p. 32 |
| 2.6 La scheda di budget | p. 36 |
| 2.7 Monitoraggio degli obiettivi..... | p. 38 |
| 2.8 Collegamento budget e sistema premiante | p. 41 |

Sezione II - L'implementazione e lo sviluppo del progetto di ricercap. 43

Premessap. 44

Capitolo 1 - Framework della ricercap. 45

1.1 Il contesto aziendalep. 45

1.1.1 Peculiarità delle aziende ospedaliere universitarie: aspetti di programmazione nell'AOU Federico IIp. 45

1.1.2 Struttura organizzativa dell'AOU Federico IIp. 51

1.1.3 Le criticità correlate al cambiamento organizzativo: dai Dipartimenti Assistenziali (DAs) ai Dipartimenti Attività Integrata (DAI)p. 63

2.2 Un'importante fattore critico all'interno dell'AOU Federico II: l'architettura e gli strumenti del Sistema di Controllo di Gestionep. 65

2.2.1 Premessap. 65

2.2.2 L'architettura del Sistema di Controllo di Gestionep.67

2.2.3 Gli strumenti del Sistema di Controllo di Gestionep. 74

2.2.4 La struttura organizzativa del controllo di gestionep. 85

2.2.5 Le principali criticità rilevatep. 89

Capitolo 2 – Metodologia, sviluppo e risultati della ricercap. 92

2.1 Oggetto e Obiettivi della ricercap. 92

2.2 Metodologia della ricercap. 92

2.3 Fasi e risultati della ricerca: analisi delle principali evidenze emersep. 94

| | |
|--|--------|
| 2.4 Il verbale di riunione e la scheda di sintesi degli incontri negoziali come strumenti di programmazione, coordinamento e comunicazione | p. 172 |
| 2.5 Conclusioni | p. 174 |
| Normativa | p. 180 |
| Bibliografia | p. 182 |

Introduzione

La gestione del Servizio Sanitario Nazionale si è costantemente svolta in condizioni di disequilibrio economico e finanziario, chiamando lo Stato a progressivi interventi di copertura.

In passato, la *mancata programmazione* ai vari livelli del Servizio Sanitario, il sistema garantista di *finanziamento su base storica* e per fattori produttivi, la *difficoltà di misurare oggettivamente* i risultati conseguiti, l'elevata *autonomia* professionale nell'utilizzo delle risorse, contrapposta ad un forte *accentramento* nelle modalità di allocazione delle stesse ed alla generale e riconosciuta complessità del sistema, hanno contribuito ad affermare modalità gestionali di tipo prettamente burocratico-formale, assolutamente inadeguate a perseguire efficacemente le finalità stesse del sistema di cura.

Inoltre, la mancanza di “*cultura gestionale*” all'interno delle organizzazioni sanitarie ha favorito la prevalenza e l'affermarsi di controlli imposti dall'esterno ed una diffusa e prevedibile caduta delle motivazioni e delle possibilità di intervento dei dirigenti e degli organi di governo delle vecchie USL.

Si impone, la necessità di controllare le risorse destinate alla sanità allo scopo di garantire uno sviluppo armonico, sia sotto il profilo economico, sia sotto il profilo sociale (ad esempio equità nell'utilizzo dei servizi sanitari dai vari strati della popolazione).

Il nuovo ordinamento giuridico-normativo sembra contenere elementi strutturali e proporre strumenti di lavoro in grado di modificare questo stato di cose, mettendo in luce spazi di miglioramento gestionale ed organizzativo. In particolare, accanto ai *principi di autonomia e responsabilizzazione* della dirigenza, assumono un significato profondamente innovativo la *programmazione ed il controllo di gestione* come metodi di previsione e verifica dei risultati aziendali.

Infatti, il Decreto Legislativo 502/92 ha introdotto nel settore della Sanità Pubblica i concetti di “efficienza”, “efficacia”, “economicità”, “qualità”, al fine di garantire un livello di prestazioni adeguate per quantità e qualità, salvaguardando l'efficienza economico-tecnica; ha previsto l'introduzione obbligatoria della contabilità economico-finanziaria (partita doppia, bilancio d'esercizio) e del Controllo di Gestione.

L'aziendalizzazione in sanità ha, sicuramente, favorito la razionalizzazione delle attività sanitarie, le iniziative di valutazione e di miglioramento della qualità, ma vi sono ancora condizioni che limitano il processo. Tali condizioni sono:

- i risultati che di fatto vengono misurati sono i ricavi finanziari corrispondenti a tariffe e non gli esiti in termini di salute;
- manca l'individuazione delle prestazioni essenziali e, quindi, anche dei livelli essenziali di assistenza;
- i criteri di finanziamento, definiti a livello regionale e nazionale, sono correlati al logica di contenimento della spesa e non alla effettiva domanda espressa dalla popolazione;
- sebbene sia cambiata la logica delle nomine manageriali, in realtà continuano ad esserci interessi partitici dietro le stesse;
- la competizione è fortemente regolata: le aziende non possono contrattare i prezzi di ciò che “vendono”, ma possono agire solo sulla qualità;
- le attività svolte nelle aziende sono in gran parte basate sulle competenze di professionisti ad elevata specializzazione che hanno maggiori esigenze di autonomia. Ciò può, però, facilitare il prevalere di interessi e obiettivi personali o di gruppo su quelli aziendali;
- vi è una elevata disomogeneità tra le aree di intervento e le numerose tipologie di prestazioni;
- è più difficile valutare la efficacia (dei professionisti, delle unità organizzative e dell'azienda nel suo complesso) ed è anche più difficile capire a cosa siano dovuti eventuali successi ed insuccessi nel raggiungimento degli esiti sanitari.

In genere, le riforme di sistema sono viste come la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento, e a quelli finanziari in particolare. Infatti, molte Regioni tendono a rispondere con interventi sempre più frequenti sui propri assetti istituzionali, sia per una notevole carica di inerzia che caratterizza molte istituzioni, sia perché gli assetti istituzionali sono visti come la determinante prima, dei risultati prodotti dai sistemi pubblici, dimenticando l'influenza che su di essi esercita il sistema politico, ma soprattutto, l'influenza della qualità dei meccanismi di gestione che le aziende pubbliche devono assicurare.

La riforma normativa ha posto una maggiore e crescente attenzione nei confronti dei sistemi di valutazione della performance, intesi come strumenti che meglio supportano il processo di raggiungimento degli obiettivi aziendali. Tale crescente attenzione ha determinato la nascita di numerosi modelli di misurazione, che hanno progressivamente spostato il focus dai risultati economico-finanziari, alle attività e ai processi aziendali (si pensi alle logiche activity based), fino alla coerenza con le strategie deliberate (ad esempio nei modelli balanced scorecard), al fine di dare una rappresentazione più oggettiva della performance d'azienda.

L'obiettivo è divenuto, pertanto, quello di passare dalla contabilizzazione dei risultati aziendali al governo dei medesimi, ovvero spostare l'ottica di osservazione dai luoghi di addensamento delle performance ai processi di loro formazione, analizzando così i contenuti decisionali affidati ai manager. Questo ha implicato la necessità di spostare l'enfasi su temi di management, ovvero sui processi e sulle modalità di governo di sistemi organizzativi complessi e la necessità, per i meccanismi di programmazione e controllo di passare da logiche contabili a logiche di sistema che contemplino anche aspetti di tipo qualitativo.

I cambiamenti nei modelli organizzativi e quelli nei sistemi di programmazione e controllo non possono essere spiegati in maniera disgiunta, ma vanno interpretati in maniera unitaria, alla luce del legame che unisce la struttura organizzativa e i meccanismi operativi. Infatti, i risultati gestionali, e nel caso di aziende sanitarie anche quelli che attengono alla qualità, dipendono dai meccanismi operativi di gestione.

Tra i meccanismi e gli strumenti che stanno alla base di un moderno sistema di *governance* pubblica, rientrano quelli propri del processo di Controllo di Gestione ed un ruolo determinante è esercitato dal processo di budget per l'impatto che esse esercita su una serie di variabili non solo economico-quantitative ma anche su variabili che si potrebbero definire di tipo "sociologico".

Note introduttive al lavoro

Alla luce di quanto esposto nell'introduzione, si è proceduto attraverso un approccio metodologico, che a partire dai fondamenti teorici del Controllo di Gestione e degli strumenti che lo stesso utilizza, con particolare riferimento al processo di budget, ne ha delineato lo stato dell'arte nell'AOU Federico II, azienda presso la quale ha avuto luogo l'attività di ricerca.

Il lavoro presentato accoglie un'architettura coerente con la metodologia di ricerca ed le sue fasi. In particolare, esso si articola in due sezioni:

Sezione I - Analisi Scenario

La sezione ripropone un richiamo dei fondamenti teorici degli argomenti oggetto del lavoro di ricerca, a ciascuno dei quali è dedicato un capitolo. In particolare, dopo aver definito, nel primo capitolo, le caratteristiche generali del sistema di controllo direzionale, le finalità, i requisiti e gli strumenti, viene descritto nel secondo capitolo l'iter teorico del processo di budget in sanità, nella consapevolezza, come si vedrà dai risultati della ricerca, che esso assume caratteristiche diverse da azienda ad azienda. In entrambi i capitoli, allo scopo di con precisione l'impianto teorico entro il quale si è articolata la ricerca si è fatto riferimento alle "Linee guida per la predisposizione del regolamento di amministrazione e contabilità delle aziende del SSR", Decreto Commissario ad Acta n. 14 del 30 novembre 2009, Regione Campania.

Sezione II - L'implementazione e lo sviluppo del progetto di ricerca

La sezione II accoglie anch'essa due capitoli. Il primo è volto a delineare il contesto aziendale entro il quale ha avuto luogo l'attività di studio e ricerca, con particolare riferimento alla struttura organizzativa aziendale ed alla architettura, strumenti e struttura organizzativa del sistema di controllo di gestione.

L'intero lavoro realizza un costante confronto tra "ciò che dovrebbe essere" e "ciò che è", senza entrare nel merito delle scelte politiche che caratterizzano la gestione delle aziende pubbliche, ma semplicemente allo scopo di individuare le cause che determinano condizioni problematiche e non efficienti e, laddove possibile, individuando spunti risolutivi.

Sezione I

Analisi Scenario

Capitolo 1 – Controllo di direzione nelle aziende sanitarie

1.1 Il processo di direzione aziendale: cenni

Il processo di aziendalizzazione della sanità, cominciato in Italia a partire dagli anni 90 (D. Lgs. 502/92 e 517/93), inevitabilmente, ha rivoluzionato il sistema gestionale e organizzativo delle strutture sanitarie pubbliche.

In un contesto nel quale l'organizzazione e la gestione risultano sempre più determinanti nella creazione del vantaggio competitivo, insieme alle esigenze di efficacia, efficienza ed appropriatezza, il ruolo del management, inteso come corretta e razionale gestione delle risorse, in funzione di obiettivi prestabiliti, diventa fondamentale ai fini della competitività e dell'esistenza stessa dell'azienda.

In generale, la funzione di direzione di una qualsiasi azienda, non si limita a dare ordini ed a controllare che siano eseguiti, ma partecipa alla formulazione delle strategie ed alle politiche di gestione, svolgendo una pluralità di attività cicliche ed interdipendenti, quali l'assunzione di decisioni, l'impiego di risorse, la conduzione di uomini e la valutazione delle prestazioni.

Il processo di direzione aziendale si compone di quattro funzioni: programmazione, organizzazione, conduzione e controllo. Infatti, "ogni attività deve essere:

- programmata, stabilendo in anticipo obiettivi, decisioni, modalità e risorse da impiegare;
- organizzata, individuando chi e con quali responsabilità dovrà curarne la realizzazione;
- guidata, fornendo le direttive e motivando gli organi operativi;
- controllata, valutando i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati.”¹

¹ Sciarelli S. (2004), Fondamenti di economia e gestione delle imprese, Cedam, p. 118

Figura 1: Ciclo di direzione aziendale



Fonte: Sciarelli S. (2004), Fondamenti di economia e gestione delle imprese, Cedam.

La funzione di programmazione è il processo di predeterminazione degli obiettivi, delle politiche e delle attività da compiere entro un determinato periodo di tempo, assumendo in anticipo il complesso di decisioni attinenti alla gestione futura. A differenza della pianificazione, prevede un processo decisorio, oltre quello di valutazione.

Il processo di programmazione si traduce in un sistema di piani, nei quali sono definiti politiche di azione, risorse da impiegare, attività da svolgere, tenuto conto delle previsioni sull'andamento dell'ambiente esterno e della struttura/risorse disponibili. I sistemi di piani sono distinti in relazione ai contenuti (p. strategici o p. operativi); all'ambito gestionale (piani commerciali, finanziari, ...; globali per ASA, per funzioni); all'orizzonte temporale (breve, medio e lungo); al grado di analisi (piani di massima, piani esecutivi, piani progetto, piani programma).

Infine, la programmazione deve prevedere elementi di flessibilità e di cambiamento perché essa si lega a previsioni basate su premesse controllabili, semicontrollabili e non controllabili.

La funzione organizzativa ha lo scopo di ottenere condizioni di massima efficienza operativa mediante l'organizzazione del "lavoro", ordinando un insieme di parti interdipendenti e correlate, ciascuna avente una specifica funzione o rapporto rispetto al complesso, in un sistema integrato di obiettivi, poteri e responsabilità.

Inoltre, deve soddisfare le attese di coloro che lavorano nell'impresa, consentendo di accrescere la motivazione e migliorare il rendimento globale dell'organizzazione.

La funzione di conduzione delle risorse umane, ha come obiettivo l'ottenimento del miglior rendimento e produttività dell'organizzazione e riguarda i problemi d'impiego e di guida delle risorse umane presenti in azienda.

E' una delle funzioni nodali, in quanto si tratta di dotare l'azienda delle professionalità necessarie e di assicurarsi che gli individui inseriti nell'organizzazione, siano motivati al raggiungimento degli obiettivi aziendali, i quali devono integrarsi con gli obiettivi dei singoli.

Nella motivazione gioca un ruolo fondamentale lo stile di conduzione, in relazione al quale diverse teorie sono state elaborate e che vanno dalla visione meccanicistica a visioni più avanzate, le quali vedono l'uomo come risorsa da far partecipare ai processi anche decisionali.

Infine, la funzione di controllo, oggetto del presente lavoro, assume un ruolo decisivo nel processo di direzione: essa produce informazioni.

Mentre la programmazione richiede l'integrazione dei dati ottenuti all'interno con quelli relativi al contesto esterno, la conduzione comporta il trasferimento delle informazioni da chi dirige a chi esegue e, infine, chi esegue deve trasmettere i risultati della propria attività agli organi di controllo.

Figura 2: Il ciclo informativo per la direzione aziendale



Fonte: Sciarelli S. (2004), Fondamenti di economia e gestione delle imprese, Cedam.

Come si può notare dal grafico precedente, il controllo chiude un ciclo attivandone uno nuovo, attraverso il flusso di informazioni che devono essere intergrate con quelle relative al contesto esterno e che devono essere trasmesse agli organi decisionali esecutivi e di controllo, innescando un processo informativo essenziale per il processo di direzione.

Dunque, il controllo di direzione è il processo mediante il quale la direzione aziendale, avvalendosi di opportuni strumenti, si accerta del grado di conseguimento, in termini di efficacia ed efficienza, degli obiettivi stabiliti in sede di pianificazione strategica e programmazione.

A seconda della dimensione gestionale dell'oggetto di controllo, si distinguono:

- controllo strategico, attività che verifica il grado di raggiungimento degli obiettivi definiti nel piano strategico aziendale;
- controllo operativo, che verifica l'esecuzione di mansioni specifiche rispetto allo svolgimento di azioni necessarie al conseguimento degli obiettivi programmatici e strategici;
- controllo di gestione, attraverso il quale si procede alla verifica del raggiungimento e perseguimento degli obiettivi derivanti dalla programmazione annuale, fornendo indicazioni per la loro revisione in corso d'esercizio.

Esso utilizza strumenti contabili ed extra contabili, attraverso i quali la direzione aziendale rileva se la gestione dell'azienda si sta svolgendo in modo da conseguire gli obiettivi pianificati.

Nel seguito della trattazione, alla luce della crescente necessità, per le Aziende Sanitarie, di monitorare l'andamento aziendale ed, in particolare, l'andamento dei costi, soprattutto, in relazione alla necessità di contenimento degli stessi per consentire il rientro dal disavanzo, si farà riferimento al Controllo di Gestione (Controllo di Gestione) e ad uno dei suoi principali strumenti informativi, quale la contabilità analitica.

1.2 Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie

1.2.1 Finalità e requisiti del controllo di gestione

Come in precedenza accennato, nell'ambito del processo di "aziendalizzazione", che da circa un decennio interessa la Pubblica Amministrazione, assumono rilevanza i concetti di efficienza ed efficacia, in relazione ai quali e per la realizzazione degli stessi si afferma un concetto di controllo, che va al di là del significato evocato dall'etimologia francese del termine *contre-rôle*, ovvero di controllo quale mera attività volta a riesaminare e riscontrare i fatti verificatisi, al fine di comprendere meglio e con maggiore approfondimento quanto è accaduto, accertando altresì il rispetto di certe regole o determinati intendimenti.

Il controllo assume un significato molto più ampio, sebbene ancora oggi, nelle Pubbliche Amministrazioni, sia presente una "conflittualità latente" fra il sistema dei valori e degli obiettivi dei professionisti e quello dell'organizzazione, per cui si assiste, frequentemente, a fraintendimenti ed incertezze sulle sue finalità e sulle modalità per attuarlo, oltre che a reticenza da parte degli operatori, che attribuiscono ad esso un significato legato al mero fiscalismo burocratico. Infatti, le molteplici indagini condotte sulla concreta implementazione di questo strumento hanno dimostrato che "sebbene i sistemi di controllo di gestione vadano sempre più diffondendosi, sembra mancare una reale e generalizzata consapevolezza sulla loro natura"².

Viene, dunque, alla luce un primo punto critico, che rappresenta un ostacolo all'implementazione di un Controllo di Gestione nel quale si riconosca una possibilità di verifica e miglioramento per l'intera organizzazione; ed un tale significato dovrebbe assumere in sanità, soprattutto, alla luce degli abnormi utilizzi di risorse, in un contesto disattento alle relazioni tra risultati e impiego di fattori.

Il controllo rappresenta un processo di autocorrezione, che dovrebbe tendere a cambiare i comportamenti degli agenti dell'attività stessa, per indirizzarli al migliore raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il D.Lgs. 286/1999, individua quattro forme di controllo, diverse da quelle di tipo "aziendalistico", di cui si è detto nel precedente paragrafo, ma che con esse si integrano.

² Del Vecchio M. (2000), "Contabilità e controllo nelle aziende sanitarie", *Mecosan*, N.36

Esse sono: il controllo di regolarità amministrativo-contabile; il controllo di gestione (controllo a breve termine ed oggetto della presente trattazione); la valutazione dei dirigenti; il controllo strategico (controllo a lungo termine).

Sebbene si tratti di forme di controllo diverse, esse vanno implementate in modo integrato per garantire il buon funzionamento dell'organizzazione amministrativa: "il controllo di gestione presenta punti di connessione con le altre componenti del controllo interno. In primo luogo, il controllo di gestione alimenta il controllo strategico"³, con il quale viene ad integrarsi nella fase di predisposizione del budget.

Il controllo strategico, infatti, "può assegnare a una struttura obiettivi di efficienza/produttività, che si possono tradurre, poi, in specifici obiettivi per le singole unità organizzative.

Il Controllo di Gestione, in questo caso, ha il compito di verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascuna unità e le motivazioni di eventuali scostamenti; le stesse informazioni, inoltre, possono consentire al controllo strategico di misurare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi complessivi. In secondo luogo, il controllo di gestione può misurare la "qualità dei servizi erogati da un'unità organizzativa", costituendo uno degli elementi di supporto alla verifica della Carta dei Servizi. Infine, il controllo di gestione, misurando i risultati delle unità organizzative, costituisce una delle fonti che alimenta il sistema di valutazione dei dirigenti o, almeno, di quelli a capo di unità organizzative. E' evidente che, anche in questo caso, la sovrapposizione è solo parziale, poiché la valutazione dei dirigenti si basa su elementi (come, per esempio, la valutazione delle competenze organizzative) del tutto estranei al sistema di controllo di gestione. Spesso si confonde il controllo di gestione con gli strumenti di misurazione, ovvero con la fase in cui si collocano gli strumenti che sono appunto di misurazione, le cosiddette metriche quali gli indicatori, la contabilità analitica, la contabilità dei costi, la contabilità per missione, gli elementi per valutare i dirigenti, gli indicatori di qualità e via dicendo.

Controllare la gestione significa, invece, governare al massimo livello possibile tutte le fasi del processo gestionale"⁴ e la responsabilità dei Direttori di Dipartimento nelle Aziende Ospedaliere e Sanitarie e dei Dirigenti dei singoli Reparti o Servizi nelle ASL, viene ora ricondotta ai canoni di produttività e di rendimento. In questo caso, diviene

³ Magnotti T. (2010), Il controllo di gestione nella Pubblica Amministrazione, www.studiodigrazia.net

⁴ Magnotti T. (2010), Il controllo di gestione nella Pubblica Amministrazione, www.studiodigrazia.net

opportuno parlare, propriamente, di controllo di gestione, il quale fornisce informazioni utili non solo alla Direzione Generale, ma anche a tutti coloro che hanno responsabilità di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari e, quindi, anche ai medici ed agli altri operatori sanitari dirigenti e non; inoltre, esso agevola il processo di aziendalizzazione, favorendo l'affermazione del management in sanità, tenendo presente che l'obiettivo finale per chi opera in questo settore è il raggiungimento di risultati in termini di salute piuttosto che in termini di contenimento dei costi.

Pertanto, il Controllo di Gestione, in campo sanitario acquista preminenza sia in termini di contenimento dei costi, sia al fine di porre le opportune premesse per l'adeguato soddisfacimento dei bisogni. In tal senso, il controllo di gestione consiste “nella procedura diretta a verificare lo stato di attuazione degli obiettivi programmati e, attraverso l'analisi delle risorse acquisite e della comparazione tra i costi e la quantità/qualità dei servizi offerti, la funzionalità dell'organizzazione dell'ente, l'efficacia, l'efficienza, il livello di economicità (le tre E) e di qualità dell'attività di realizzazione dei predetti obiettivi”⁵, per consentire ai dirigenti di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati.

Si evince che, da un lato risulta indispensabile fornire servizi e prestazioni sanitarie appropriate, cioè in grado di soddisfare i cittadini, dall'altro lato è parimenti indispensabile il razionale impiego delle risorse e, quindi, realizzare gli aspetti dell'economicità e dell'efficienza, nonché la necessità di gestire con appropriatezza gli aspetti organizzativi, amministrativi ed, in linea più generale, di supporto all'attività assistenziale (qualità gestionale).

In particolare, nelle aziende sanitarie il cui fine è l'erogazione dei servizi essenziali per gli utenti, il giudizio di economicità non può esaurirsi nella determinazione del risultato d'esercizio, ma richiede il ricorso a ulteriori elementi di valutazione, tra cui assumono particolare rilievo le verifiche relative al grado di soddisfacimento dei bisogni e alla qualità dei servizi erogati. Alle aziende di oggi non è più sufficiente conoscere il reddito d'esercizio, o nel caso del no profit, di pareggiare i conti (entrate uguali uscite), ma si richiede un governo del valore, quel valore che si riversa nel servizio offerto all'utente e che l'utente percepisce, quel valore incorporato nelle risorse materiali costituenti

⁵ Decreto Legislativo n. 77/1995, meglio noto come “Bassanini 1”, art. 39, comma 2

l'aspetto tecnico dell'azienda e nelle risorse immateriali di conoscenze e competenze, ma anche di comportamenti.

In questa prospettiva, il Controllo di Gestione può dare un importante contributo:

1. fornendo informazioni analitiche sui costi, ricavi, consumi, sprechi, inefficienze, qualità dei servizi;
2. responsabilizzando sull'uso delle risorse;
3. stimolando la ricerca di opportunità di maggiore efficienza;
4. favorendo migliori decisioni sui costi, sul mix dei servizi, degli utenti, delle aree territoriali.

Nelle aziende sanitarie, come accennato, ciò che rileva non è l'utile o la perdita d'esercizio, ma quante risorse sono state impiegate per soddisfare un bisogno: i bisogni di salute sono stati soddisfatti dall'Azienda utilizzando minori risorse o utilizzando maggiori risorse rispetto a quelle messe a disposizione?

In una realtà complessa quale quella sanitaria, è indispensabile che le nuove modalità di governo aziendale siano affrontate prevedendo strumenti di monitoraggio costante dei processi economici, tramite l'utilizzo degli strumenti propri del Controllo di Gestione (contabilità generale, contabilità analitica per centri di costo, sistema di budgeting, sistema di reporting, sistema di indicatori), che consentano, in particolare, il raggiungimento delle seguenti finalità gestionali ed organizzative:

1. Valutazione dell'economicità della ASL e dell'Azienda Ospedaliera, rilevabile dai dati (valore della produzione, costi della produzione, utile o perdita) contenuti nel Bilancio d'esercizio, prodotto dalla contabilità generale, il quale ci consente di individuare l'origine dei dati ma non consente di conoscere nell'ambito di quale attività dell'azienda si siano generati i costi ovvero il valore della produzione, gli utili ovvero le perdite. E' necessario adottare un sistema di rilevazione extra contabile.

2. Focalizzazione sul processo di responsabilizzazione: il Controllo di Gestione, a partire dall'assegnazione di un budget e di obiettivi correlati, e attraverso una verifica sui risultati, è uno strumento di responsabilizzazione dei dirigenti, i quali vengono coinvolti nella gestione economica ed operativa dei Servizi di cui sono responsabili. In genere, la logica di fondo è "bottom up", cioè la Direzione assegna gli obiettivi ai responsabili

territoriali ed ospedalieri; all'assegnazione segue la negoziazione e la definizione del piano incentivi.

3. Attuazione di un coerente processo strategico: come già detto il Controllo di Gestione è strettamente correlato alla pianificazione strategica, la quale ha ad oggetto la redazione di piani pluriennali che discendono da un'analisi del dato storico, ma anche dell'analisi del contesto ambientale (sia interno che esterno all'organizzazione), ed al controllo operativo che hanno ad oggetto le azioni compiute. In seguito, saranno meglio descritte le fasi del processo di Controllo di Gestione.

4. Supporto al processo decisionale: l'intero processo del controllo di gestione, attraverso strumenti quali la contabilità analitica ed il reporting, consente di evidenziare variabili ed informazioni utili per ottimizzare l'allocazione delle risorse, prendere decisioni di make or buy, di terziarizzazione o di outsourcing, monitorare le responsabilità, definire gli incentivi economici, individuare indicatori di qualità del servizio che consentano una migliore interpretazione dei risultati.

Si richiede, pertanto un Controllo di Gestione costituente un "sistema" e cioè un "insieme coordinato ed integrato" di criteri, strumenti, metodologie e procedure finalizzati ad attivare un processo iterativo di programmazione degli obiettivi da conseguire e di verifica costante della rispondenza dell'andamento gestionale quotidiano rispetto agli stessi.

Tale sistema va integrato nel sistema di direzione aziendale e, pertanto, da quest'ultima promosso e sostenuto. "E", infatti, necessario che tutte le fasi e tutti gli strumenti di programmazione e controllo siano progettati e coerentemente coordinati avendo sempre presente l'obiettivo di costruire un sistema di agili leve di comando per il management locale. Si ricordi anche che l'art. 1 comma 2 lett. d) del D.Lgs. 30 luglio 1999 n.286 stabilisce che le diverse funzioni connesse ai controlli interni delle pubbliche amministrazioni debbano essere «esercitate in modo integrato»⁶.

⁶ Mussari R. (a cura di) (2001), Manuale operativo per il controllo di gestione, Analisi e strumenti per l'innovazione, I manuali, Rubettino Editore.

1.2.2 Elementi e fasi del controllo di gestione

Il Controllo di Gestione è un sistema articolato di strumenti, posizioni e procedure.

Per interpretare la posizione, le funzioni, l'architettura della contabilità direzionale si è soliti ricorrere a modelli sistemici di rappresentazione del Controllo di Gestione, il quale risulta costituito da tre sub-sistemi (Brunetti, 1979):

1. la struttura organizzativa di base e la struttura del controllo;
2. la struttura tecnico- contabile;
3. il processo di controllo.

La struttura organizzativa, insieme ai meccanismi operativi, la strategia, lo stile di direzione rientra nella categoria dei fattori organizzativi, mentre i fattori umani comprendono le capacità, le conoscenze, le abilità, le aspettative, i valori, i modi di essere del sistema umano e i fattori sociali riguardano la composizione e le caratteristiche dei gruppi sociali operanti all'interno dell'organizzazione. Essi rappresentano le variabili esogene che influenzano il sistema di controllo e agiscono, per tale via, sui risultati che si intendono raggiungere.

L'individuazione di tali fattori è importante per l'introduzione di un sistema di controllo. Infatti, per ogni singola azienda, un adeguato sistema di controllo va progettato in relazione alle caratteristiche del contesto in cui deve essere impiantato. La sua introduzione innesca un processo di cambiamento organizzativo, in quanto con questo strumento direzionale si interviene anche sul comportamento degli individui e dei gruppi di persone impegnati nella gestione aziendale.

La struttura organizzativa, riguarda la distribuzione delle responsabilità all'interno dell'azienda. La mappa delle responsabilità riguarda le modalità di distribuzione e assegnazione delle responsabilità economiche all'interno dell'azienda. Vengono individuate aree di responsabilità economica (centri di responsabilità), dirette da un individuo, che si fa carico di raggiungere gli obiettivi prefissati. Nel definire le caratteristiche di tale elemento del sistema occorre delimitare lo spazio di azione consentito ad ogni responsabile, individuando il tipo di responsabilità assegnata, le leve su cui è possibile agire ed i parametri mediante i quali misurare le attività svolte.

La struttura tecnico contabile, fa riferimento all'insieme degli elementi/strumenti tecnico contabili, che consentono di esprimere in termini monetari sia gli obiettivi, sia i

risultati/consuntivi. Degli strumenti del controllo di gestione si dirà, con maggiore dettaglio, nel seguito della trattazione ed, in particolare.

Infine, il processo di controllo: su questo elemento Mario Del Vecchio, nell'articolo sopra citato, afferma che “ in troppe realtà ancora l'introduzione e l'applicazione dei sistemi di controllo di gestione viene malintesa nei suoi presupposti e nelle sue finalità. Si pensa cioè ai reports, alle informazioni, anziché concentrare l'attenzione sui meccanismi in grado di produrre su base regolare i reports stessi, su come gestire il processo che produce un'azione coerente sulla base delle informazioni prodotte. In quanto meccanismi operativi i sistemi di controllo di gestione sono strutture complesse dotate di una specifica funzione, che è quella di guida dei comportamenti aziendali.”⁷

Come già accennato il Controllo di Gestione è un processo manageriale che ricalca i momenti della gestione e che si esplica, operativamente, in più momenti nel corso della gestione: “controllare la gestione non vuol dire aspettare che i risultati finali si siano manifestati, ma significa procedere ad un monitoraggio il più tempestivo possibile, in itinere, per mantenere la possibilità di intervenire e correggere la direzione di marcia, al fine del conseguimento dei risultati attesi.”⁸

Il processo di controllo direzionale si svolge in quattro momenti successivi e complementari. Le prime tre fasi, che caratterizzano il Controllo di Gestione, oggetto di trattazione, sono:

1. Il Controllo antecedente. Tale fase si sostanzia in una valutazione a priori dell'adeguatezza dei programmi di gestione, definiti in sede di pianificazione, attraverso un confronto tra i risultati previsti dal piano e risultati conseguibili con l'attuazione del piano. Consiste in una previsione che anticipa con opportune simulazioni, le condizioni di svolgimento della gestione nel periodo temporale immediatamente a venire, sia nel senso economico-finanziario, sia in ottica di svolgimento dei processi.

Tale fase si estrinseca nelle attività di budgeting, le quali a partire dalla formulazione di obiettivi di breve periodo per ogni unità organizzativa e sulla base dei vincoli posti in sede di pianificazione strategica, definisce i programmi che si traducono in budget, accertandone la bontà in rapporto ai piani di lungo. Non si tratta, comunque, ancora di monitorare l'efficacia e l'efficienza dei processi, ma l'adeguatezza dei piani di breve: si

⁷ Del Vecchio M. (2000), “Contabilità e controllo nelle aziende sanitarie”, Mecosan, N.36

⁸ Brusa L. (2000), Sistemi manageriali di programmazione e controllo, Giuffrè Editore, p.13

devono decidere le azioni, gli strumenti e le risorse di ogni processo o attività dell'impresa. Operativamente la Direzione generale valuta il budget e lo approva. Dal momento dell'approvazione esso diventa esecutivo.

2. Il Controllo concomitante consiste nel monitoraggio dell'andamento della gestione aziendale, attraverso la rilevazione periodica dei risultati parziali o intermedi che si verificano. Tale fase si identifica con il reporting direzionale, costituito da un sistema di rendiconti adeguatamente strutturati in grado di segnalare le aree critiche della gestione. A tale individuazione si accompagna una verifica della gestione, per mezzo dell'analisi degli scostamenti: si valuta il grado di realizzazione del programma precedentemente stabilito in relazione ai risultati economici, finanziari e di performance di processo effettivamente già conseguiti oppure con risultati precedentemente ottenuti o, addirittura, con risultati ottenuti da altri; dunque, un confronto tra risultati intermedi previsti ed esplicitati nel budget e risultati intermedi realizzati, quali risultanti dai dati contabili ed extra contabili.

3. Il Controllo susseguente consiste in un controllo dei fatti della gestione “a cose avvenute”, nella rilevazione dei risultati finali già manifestatisi, con una valutazione a posteriori rispetto ai risultati attesi, generando azioni correttive per riallineare i comportamenti rispetto agli obiettivi. “Come tale, nella logica del monitoraggio per l'intervento, non ha molta efficacia... Tuttavia, possiede ...una sua utilità ... perché alimenta il sistema informativo...”⁹, generando informazioni e dati utili per la programmazione futura.

Infatti sulla base delle informazioni ottenute,, si prevede in tale fase l'adozione dei provvedimenti correttivi: nel caso si siano riscontrate distonie gestionali, se ne individuano le cause, al fine di intervenire sulle stesse e poterle così eliminare.

I meccanismi di controllo ai quali si ricorre per operare il confronto tra i risultati sono, principalmente, due:

- nel caso di confronto tra risultati attesi o obiettivi e risultati effettivi, il meccanismo impiegato è il “feed back”, che consente di far “girare” le informazioni, in modo da ripercorrere il processo che ha condotto al verificarsi degli errori. Partendo dagli obiettivi, si svolgeranno delle azioni volte a

⁹ Brusa L. (2000), Sistemi manageriali di programmazione e controllo, Giuffrè Editore, p.14

raggiungerli e, quindi, volte alla realizzazione dei risultati detti consuntivi. Questi saranno oggetto dell'analisi delle variazioni che consentirà di porre in essere azioni correttive con una ridefinizione di obiettivi e azioni. L'azione correttiva avviene alla verifica dei dati consuntivi.

- nel meccanismo “feed forward” si ha un confronto tra obiettivi (risultati attesi finali accolti nel budget) e risultati prevedibili (risultati finali che probabilmente si manifesteranno e stimati oggi in base alle informazioni disponibili) in assenza di azioni correttive. Il controllo in tal caso avviene “in corso d’opera”, quando ci si accorge che le ipotesi assunte probabilmente non si verificheranno, dunque non avviene a dati consuntivi, come nel caso del controllo concomitante. Lo scopo di tale meccanismo è di effettuare un monitoraggio precoce.

Si comprende bene che il processo del controllo di gestione ha caratteristiche di regolarità e, pertanto, le fasi di cui si compone si ripetono secondo un modello predefinito e ricorrente, il quale può essere riassunto nello schema seguente, che evidenzia la necessaria interazione che deve intercorrere tra le diverse fasi e che diviene operativa nell'interazione costante tra i medici, dirigenti e gli altri membri dell'organizzazione.

Figura 3: Il processo di controllo di gestione



Questo sistema logico di fasi richiede l'impiego di strumenti, i quali migliorando la conoscenza sugli effetti economici delle decisioni e delle operazioni e realizzando un'ampia diffusione della stessa nell'azienda, inducono ad assumere le azioni ritenute idonee a garantire la vita economica dell'ente.

1.2.3 Strumenti del controllo di gestione

Il direttore generale anche se vocato, per il ruolo istituzionale che riveste, a richiedere informazioni di sintesi, è comunque interessato ad approfondire l'analisi, per identificare gli indirizzi strategici da imprimere alla gestione e di verificarne il raggiungimento. Ha, quindi, necessità di conoscere, anzitutto, la domanda della comunità per comprenderne le aspettative e definire gli obiettivi da raggiungere; necessita, poi, di conoscere il grado di efficacia dell'azione amministrativa e di efficienza dei processi produttivi, oltre che di tutte le altre informazioni necessarie per realizzare l'impianto e la gestione del sistema di governo aziendale.

Queste informazioni, rilevanti dal punto di vista strategico (come detto sopra il controllo di gestione si correla al controllo strategico), possono essere rappresentate attraverso gli strumenti propri del controllo di gestione, quale processo indispensabile per un modello di Azienda Sanitaria in cui l'erogazione delle prestazioni, rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), deve essere garantita nel rispetto di vincoli di efficacia, efficienza ed economicità della gestione. Allo scopo è necessario il rispetto di alcune condizioni, quali:

1. la definizione chiara di obiettivi e risultati attesi, i quali devono essere assegnati insieme a tutte le risorse necessarie (risorse umane, finanziarie e materiali), a soggetti individuati come responsabili;
2. un adeguato sistema informativo contabile ed extracontabile, con adeguate metodologie e strumenti di misurazione, contabili e non, idonee a fornire in modo tempestivo informazioni attendibili ed utili ad alimentare il processo decisionale del management;
3. un confronto sistematico e periodico (ad intervalli brevi) tra i risultati effettivi, scaturenti dal complesso delle operazioni poste in essere, e i risultati attesi.

Gli strumenti tecnico-contabili del sistema di controllo servono alla rilevazione degli obiettivi assegnati e dei risultati ottenuti da ogni Centro di Responsabilità.

Pertanto, è necessario definire l'architettura del Sistema di Controllo di Gestione, la quale è determinata, oltre che dal sistema degli obiettivi e degli indicatori, dalla struttura dei Centri di Responsabilità e dei Centri di Costo:

- il Centro di Costo è la minima unità contabile di raggruppamento o accumulo dei costi, rientrante nel più generico concetto di centro operativo, cioè la minima unità economica di svolgimento dell'attività;
- il Centro di Responsabilità è l'insieme dei centri di costo per i quali è possibile identificare un responsabile formale previsto contrattualmente o da specifici incarichi della direzione.

La progettazione del sistema consiste nella definizione del grado di profondità da attribuire alla struttura e nell'individuare i legami di tipo gerarchico che sussistono tra le varie unità organizzative poste a differenti livelli.

Gli strumenti tecnico-contabili rientrano nella contabilità direzionale e sono:

- a) la contabilità generale;
- b) la contabilità analitica;
- c) il sistema di budgeting e l'analisi degli scostamenti;
- d) il sistema di reporting;
- e) il sistema informativo.

Di seguito, si passeranno brevemente in rassegna i singoli strumenti, al fine di fornire una visione complessiva del sistema di controllo, per poi entrare nel dettaglio della contabilità analitica nel capitolo successivo.

- a) La contabilità generale consente di rappresentare gli andamenti complessivi dell'unità aziendale allo scopo di controllare i movimenti finanziari e di determinare un risultato di sintesi relativo all'azienda e ad un periodo di tempo passato (l'anno). Il bilancio d'esercizio non serve solo per gli adempimenti civilistico-fiscali, ma anche per il monitoraggio della gestione, attraverso le analisi di bilancio (per indici e per flussi), fornendo informazioni economiche e finanziarie sulla gestione passata (bilancio consuntivo).

b) La contabilità analitica (Co.An.) è un complesso di strumenti che consente la determinazione dei costi, dei ricavi, dei risultati particolari, relativi a oggetti aziendali (reparti, processi produttivi, prodotti, filiali, divisioni), in termini consuntivi. E' un insieme di rilevazioni extra contabili, di natura monetaria e non, volte alla produzione di informazioni economiche e gestionali. La Co.An. si occupa dei fenomeni interni della gestione. Essa fornisce informazioni di costo per scopi non solo di controllo, ma anche per numerosi altri, rendendo possibile il controllo sul raggiungimento degli obiettivi, del rapporto tra risorse e risultati e supportando la scelta di soluzioni alternative.

c) Il sistema di budgeting pur non essendo previsto, espressamente, dalla legislazione in materia sanitaria, rappresenta un elemento imprescindibile del sistema di controllo. Infatti, l'attivazione del processo di controllo impone la determinazione di obiettivi e linee di azione su cui esso possa esplicarsi. Il budget prende le mosse dalla pianificazione strategica ed è il risultato della programmazione e uno strumento per poter esercitare il controllo.

Nella gestione economico, finanziaria e patrimoniale delle aziende sanitarie universitarie, la gestione budgetaria coinvolge più livelli istituzionali, ossia Azienda, Università, Regioni: è la fase in cui si cerca di trovare un punto di incontro tra quelli che sono gli obiettivi generali del livello regionale e quella che è la struttura organizzativa e gli obiettivi della singola azienda. Ad un secondo livello il processo di negoziazione avviene all'interno dell'azienda tra la Direzione Aziendale e i vari Dipartimenti. Infine, a livello ancora più basso, abbiamo il processo di negoziazione degli obiettivi e delle risorse tra la Direzione Generale dell'azienda sanitaria, i responsabili dei Centri di Responsabilità (di norma i responsabili di ciascuna "struttura complessa"). Tale processo sfocia nella formulazione del budget per ogni centro di responsabilità, con la definizione degli output che si intendono realizzare durante il periodo di riferimento, delle risorse necessarie e degli indicatori e standards attraverso cui procedere alla verifica.

d) Il Sistema di reporting riveste una importanza strategica nel mantenere il sistema organizzativo in piena efficienza e permettere la diffusione delle informazioni ai vari livelli interessati. Il sistema di reporting è lo strumento utilizzato dal Controllo di Gestione aziendale per verificare il grado di raggiungimento dei risultati qualitativi e quantitativi attesi e lo stato di avanzamento delle azioni e dei programmi a tutti i livelli

di responsabilità. La realizzazione del sistema di reporting deve tenere conto di tre elementi fondamentali:

1. destinatari dei dati: l'articolazione del sistema deve essere in primo luogo coerente con il più generale disegno del sistema di budget e di controllo di gestione;
2. contenuti: una serie di informazioni possono essere di carattere standard ma talvolta possono rendersi necessari reports ad hoc per talune attività o situazioni; le informazioni devono avere in primo luogo carattere di sinteticità ed attendibilità; devono inoltre essere rilevanti per il destinatario;
3. frequenza: i reports standard sono di tipo periodico ricorrente mentre i reports ad hoc hanno frequenza speciale e cessano una volta compiuta una certa attività o risolta una certa situazione.

I reports devono sempre fornire un confronto con il budget e preferibilmente anche con dati dei precedenti periodi e devono contenere informazioni quantitative e qualitative.

e) La mission del Sistema Informativo è la gestione e comunicazione dell'informazione. Esso è rappresentato da un insieme di informazioni, di elaborazioni di dati e di sintesi, grazie alle quali si possono esaminare i fenomeni che riguardano direttamente o indirettamente l'impresa, in modo da fornire informazioni (antecedenti, concomitanti o susseguenti) utili per la soluzione dei problemi organizzativi e gestionali. In generale, le informazioni devono soddisfare non solo le esigenze interne dell'ente, ma anche quelle dei cittadini utenti.

Come tutte le attività, tutte le funzioni, anche il sistema di Controllo di Gestione ha bisogno di essere continuamente alimentato da informazioni: dati relativi ai dipendenti, ai loro costi, al sistema contabile, alla rilevazione dei valori relativi, agli indici. Le informazioni possono essere quantitative, in quanto esprimibili mediante numeri, e non quantitative, raccolte attraverso l'osservazione visiva, le conversazioni, ecc. I sistemi contabili si interessano prevalentemente di informazioni quantitative (numero utenti, numero farmaci distinti per tipologia, ecc.) e di informazioni contabili, cioè espresse in termini monetari.

E' chiara la necessità per i processi organizzativi e produttivi, del supporto di un sistema informativo integrato, che prevede un coordinamento tra i processi di acquisizione, elaborazione, aggregazione, archiviazione, cooperazione, per un efficace ed efficiente svolgimento dei processi amministrativi ed assistenziali. Una delle componenti del

sistema informativo è il sistema informatico ed “è in questo contesto che occorre inquadrare il problema della programmazione e della convergenza del sistema informativo. Molto spesso, infatti, mancando una efficiente e coerente programmazione, non si può parlare di “sistema informativo”, in quanto ci si trova in presenza di una serie di software, scollegati tra loro, senza la possibilità di condividere i dati da loro utilizzati se non con l’intervento delle software house, solitamente molto costoso”¹⁰.

Si richiedono sistemi operativi che consentano di scambiarsi i dati e data base, che siano accessibili con gli stessi strumenti di reporting, che permettano l’utilizzo di diversi applicativi da cui possano essere facilmente estratte le informazioni di volta in volta necessarie ed aggiornate con continuità e con metodi che limitino al minimo gli errori.

Inoltre, gli strumenti informatici devono essere flessibili e in grado di soddisfare i bisogni degli utenti e non viceversa: troppo spesso, infatti, gli uffici sono costretti a modificare le proprie procedure o la propria organizzazione per adeguarsi ai software che utilizzano.

Dunque, soltanto un sistema informativo correttamente progettato, implementato e mantenuto con una continua attività di adeguamento all’evoluzione dei processi assistenziali e delle metodiche diagnostico-terapeutiche, può garantire la corretta ricomposizione di tutte le informazioni per l’ente e per il cittadino.

Infine, la definizione delle caratteristiche dei flussi informativi dovrà essere coerente con le norme legislative nazionali e/o regionali di riferimento in vigore e con la progettazione delle caratteristiche del sistema di elaborazione delle informazioni al fine della produzione dei report.

1.3 Conclusioni

Il processo di direzione aziendale per assolvere appieno al suo ruolo di strumento di guida nella conduzione aziendale, deve soddisfare gli obiettivi di ciascuna delle funzioni che lo compongono (programmazione, organizzazione, controllo). Di queste, nel settore sanitario, colpito negli ultimi anni da crescenti disavanzi e disfunzioni organizzative e gestionali, assume particolare importanza la funzione di controllo, soprattutto, nella sua componente gestionale.

¹⁰ Mussari R. (a cura di) (2001), Manuale operativo per il controllo di gestione, Analisi e strumenti per l’innovazione, I manuali, Rubettino Editore , p. 67.

Infatti, se per controllare le diverse variabili aziendali è necessario conoscerle, il controllo di gestione, laddove correttamente implementato, fornisce tutte le informazioni necessarie e relative ad ogni aspetto (costi, ricavi, consumi) di ciascuna attività. L'ottenimento di questa conoscenza viene resa possibile dall'introduzione di strumenti informativi extra contabili, i quali affiancando gli strumenti contabili consentono la ricostruzione e scomposizione delle attività che hanno determinato costi, ricavi, consumi, ma anche inefficienze e sprechi. Attraverso interventi efficaci e tempestivi è possibile apportare modifiche "in corso d'opera", evitando il verificarsi di eventi negativi dal punto di vista dell'efficienza (costi).

Infatti, se è vero che inefficienza genera inefficienza, interrompendola subito si eviterà che nel tempo si determini un effetto somma, difficile da gestire. Ancora più difficile sarà, poi, gestire le cause dell'inefficienza, le quali si saranno anch'esse sommate, rendendo impossibile disegnare il processo inefficienza-causa-oggetto.

Il controllo di gestione interessa tutti gli aspetti aziendali compresi i comportamenti attraverso l'assegnazione degli obiettivi e la verifica del raggiungimento degli stessi, cercando di individuare eventuali scostamenti: in tal modo si passa da un controllo quantitativo ad un controllo qualitativo.

L'importanza del Controllo di Gestione è determinata anche dal fatto che esso fornisce informazioni utili non solo alla Direzione Generale, ma anche a tutti coloro che hanno responsabilità di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari e, quindi, anche ai medici ed agli altri operatori sanitari dirigenti e non, incidendo sul loro comportamento, anch'esso sottoposto al processo di controllo. Pertanto, esso, in campo sanitario acquista preminenza sia in termini di contenimento dei costi, sia al fine di porre le opportune premesse per l'adeguato soddisfacimento dei bisogni

A tal scopo si richiede un governo del valore, quel valore che si riversa nel servizio offerto all'utente e che l'utente percepisce, quel valore incorporato nelle risorse materiali costituenti l'aspetto tecnico dell'azienda e nelle risorse immateriali di conoscenze e competenze, ma anche di comportamenti.

Nel prossimo capitolo saranno delinati gli aspetti teorici che caratterizzano il processo di budget nelle aziende sanitarie, quale preludio alla trattazione empirica dello stesso quale oggetto del lavoro di ricerca svolto.

Capitolo 2 – Il Processo di Budget nelle aziende sanitarie

2.1 Introduzione

Nell'ambito dell'evoluzione determinata dall'attuazione dei D.Lgs. 502/92 e 229/99 e s.m.i., si è assistito alla definizione di modelli di *governance* che hanno determinato un processo di delega delle responsabilità caratterizzato da condivisione di scelte e di obiettivi, secondo una logica che realizza nella fase di negoziazione un processo di comunicazione tra livello strategico e livello operativo aziendale (top down partecipato).

A tale logica risponde pienamente il budget quale “strumento di misurazione economico-finanziaria atto a rendere più razionale la gestione aziendale” (Bastia, 1989) e finalizzato all'articolazione di un sistema di obiettivi da perseguire nel breve periodo. Esso responsabilizza i centri di responsabilità (CdR) sui risultati da conseguire e sulle risorse da impiegare, senza interferire nelle scelte di combinazione delle risorse e nello svolgimento dei processi tecnico-assistenziali, che restano di esclusiva competenza dei centri di responsabilità stessi.

Nel porre in essere un processo di pianificazione, che consiste nell'individuare e decidere cosa fare, ed un *processo di budget*, che consiste nell'attivare un sistema di responsabilizzazione tale da indurre comportamenti coerenti con le cose da fare, si riscontrano in genere difficoltà nella necessità di contemperare da un lato l'esigenza di coerenza con gli obiettivi aziendali derivanti da vincoli regionali e dagli accordi con l'Università e le ASL di riferimento, dall'altro la necessità di garantire l'autonomia nella scelta delle priorità a livello di centri di responsabilità. Inoltre, nelle Aziende Ospedaliere Universitarie, alle caratteristiche proprie delle Aziende sanitarie pubbliche si somma la complessità organizzativa e gestionale, rappresentata dal numero elevato e dalla varietà dei portatori di interessi in esse presenti; ciò deriva dal coesistere in tale contesto di attività diversificate (didattica, ricerca ed assistenza) e differenziate (le diverse linee di ricerca scientifica, il portafoglio servizi assistenziali, ecc.), che l'Azienda è chiamata a contemperare e soddisfare (Lega, F. 2001).

Le Aziende Sanitarie in genere, in quanto Aziende pubbliche, hanno come finalità principale il soddisfacimento dei bisogni della collettività piuttosto che la remunerazione del capitale investito. Ciò comporta che il risultato economico non rappresenta una misura soddisfacente della *performance* complessiva dell'Azienda (Borgonovi, E. 1990), per cui l'impianto contabile-gestionale necessita di un vigoroso

cambiamento verso il modello proposto dalle normative vigenti, che individuano nel ciclo *Programmazione – Rendicontazione – Controllo (PRC)*, il paradigma dei processi gestionali che superano il modello precedente basato sulla contabilità finanziaria.

2.2 Che cos'è il budget?

Gli impatti del processo di budget all'interno delle organizzazioni, siano esse imprese, Aziende pubbliche o sanitarie, aziende non profit, sono stati a lungo studiati in letteratura, con attenzione focalizzata sia sui potenziali benefici in termini di coesione organizzativa, sia sui possibili rischi derivanti da un utilizzo non adeguatamente strutturato dei sistemi di programmazione e controllo (Ansari, 1979; Argyris, 1977; Bartlett & Ghoshal, 1993; Emmanuel, Otley, & Merchant, 1990; Hedberg & Jonsson, 1978; Hope & Fraser, 2003; Johnson & Gill, 1993).¹¹

Il budget prende le mosse dalla pianificazione strategica ed è il risultato della programmazione ed uno strumento per poter esercitare il “controllo”. E' finalizzato alla definizione di un sistema di obiettivi quantitativi e qualitativi, in relazione alla struttura organizzativa aziendale ed ai livelli di responsabilità correlati.

Come si può notare non si parla di fattore economico ma di obiettivi e il budget non è un bilancio preventivo: “il budget è un programma di gestione aziendale, tradotto in termini economico-finanziari, che guida e responsabilizza i manager verso obiettivi di breve periodo, definiti nell'ambito di un piano strategico di lungo”¹².

Il budget è definibile come un sistema di valori, elaborato ed approvato con riferimento alla gestione dell'azienda estesa in un orizzonte futuro, nel quale trovano espressione in termini monetari gli obiettivi dei programmi di breve periodo, definiti coerentemente agli obiettivi e alle strategie di pianificazione.

Esso si traduce in un programma globale tempificato e suddiviso in sub sistemi; è uno strumento di coordinamento e di motivazione manageriale. La traduzione in termini monetari rappresenta solo la fase finale di un processo i cui scopi sono:

- “*simulare* le conseguenze economico-finanziarie conseguenti a date ipotesi di gestione;

¹¹ Risultati dal Laboratorio FIASO Governo del Territorio - Il processo di budget e il suo impatto sul comportamento dei dirigenti territoriali – Università Commerciale Bocconi; CERGAS; FIASO – pag. 11

¹² Brusa L. (2000), Sistemi manageriali di programmazione e controllo, Giuffrè Editore, p.84

- *guidare* il management ad operare in conformità agli obiettivi prestabiliti;
- *valutare e responsabilizzare* il management sui risultati conseguiti, rispetto ai quali il budget rappresenta una sorta di pietra di paragone;
- *coordinare* i responsabili delle varie funzioni nelle loro scelte;
- *motivare* i manager attraverso il meccanismo della gestione per obiettivi;
- *educare*, cioè formare, il management alle logiche della gestione programmata.”¹³

A monte della programmazione annuale l'azienda elabora la programmazione strategica contenuta nel Piano Strategico Pluriennale (Piano della Performance), di cui il budget è parte integrante, in quanto esprime su base annuale una serie di dati previsionali relativi ai fatti di gestione aziendale. La realizzazione del budget aziendale fa riferimento ad un processo nel quale trovano espressione in termini quantitativo-monetari gli obiettivi e i piani di azione a breve termine dell'Azienda: le strategie di gestione espresse nel Piano Strategico Pluriennale sono tradotte in obiettivi ed attività prioritarie per ogni anno di riferimento che trovano riscontro nel Piano Annuale. Il budget, prevedendo una scomposizione degli obiettivi strategici in più obiettivi operativi ed intermedi, rappresenta anche uno strumento di verifica delle scelte strategiche adottate. Tali obiettivi dovranno essere correlati alla struttura organizzativa aziendale mediante il Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità.

Il Processo di Budget si articola in più fasi: in linea teorica generale, a partire dalla programmazione annuale aziendale ed in coerenza con i vincoli normativi regionali, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere per ogni centro di responsabilità, in termini qualitativi e quantitativi, ed il fabbisogno di risorse necessario. Gli obiettivi vengono poi negoziati tra Direzione Aziendale e Responsabili dei centri di responsabilità. Infine, si procede ad un monitoraggio in itinere ed ex post dal quale scaturiranno i risultati di raggiungimento degli obiettivi, in base ai quali saranno determinate le premialità aggiuntive per il personale.

Il Sistema di Budget, dunque, rappresenta un fondamentale strumento di programmazione attraverso il quale le aziende sono in grado di esprimere i propri programmi in obiettivi operativi e di tradurre questi ultimi, in termini quantitativi, in risorse economiche, tecniche ed umane, che si prevede di utilizzare. Inoltre, esso

¹³ Brusa L. (2000), Sistemi manageriali di programmazione e controllo, Giuffrè Editore, p.86

rappresenta uno strumento in grado di attuare l'integrazione tra i processi di programmazione aziendali e quelli regionali. A tal fine, si rende necessaria la definizione di un sistema di budget aziendale in grado di seguire il percorso strategico di programmazione regionale e che pertanto sia basato su due principali strumenti:

1) il Bilancio Economico di Previsione annuale, definisce sulla base delle attività previste nel Budget Aziendale il livello dei costi e dei ricavi che saranno realizzati nel corso dell'esercizio. La redazione di questo documento trae origine da un processo di negoziazione sia interno alla struttura aziendale sia esterno, in quanto parte dal processo di concordamento dei costi con la Regione Campania;

2) il Budget Aziendale, che rappresenta gli obiettivi di produzione Aziendale definiti in base agli obiettivi ed agli indirizzi di programmazione dettati dalla Regione alle Aziende. Tale strumento rappresenta elementi qualitativi, quantitativi ed economici e pone le basi per la redazione del Bilancio Economico di Previsione.

Infine, gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano parametro di riferimento per la valutazione dei risultati conseguiti dall'organizzazione aziendale e dalle singole unità operative, anche ai fini del sistema premiante: gli obiettivi sono negoziati annualmente tra la Direzione Strategica e responsabili di struttura e, quindi, "a cascata" tra ciascun responsabile di struttura ed i dirigenti alla stessa appartenenti, tra i dirigenti ed il personale di comparto.

2.3 Soggetti coinvolti: ruoli e attori del Processo di Budget

I soggetti coinvolti nel Processo di Budget sono i seguenti:

- Direzione Aziendale;
- Collegio di Direzione;
- Comitato Budget;
- Controllo di gestione;
- Centri di Responsabilità.

1) La Direzione Aziendale comprende la Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa e rappresenta il vertice strategico dal quale prende avvio il processo di programmazione. Essa è responsabile della qualità degli indirizzi di riferimento per la predisposizione del Budget, nonché della tempestività della loro emanazione ed ha un ruolo decisivo nell'impostazione dell'intero processo.

Nell'ambito del processo di Budget, la Direzione Aziendale:

- delibera, con cadenza annuale, il Comitato Budget e l'elenco dei Centri di Responsabilità;
- traduce in programmi annuali gli indirizzi di politica sanitaria ed economica e quelli della pianificazione strategica Aziendale, attraverso la definizione delle linee di programmazione contenute nel Piano Annuale;
- valutazione e approvazione del Piano Annuale, formulando pareri e osservazioni sui contenuti del Budget Aziendale, del Bilancio di Previsione e sugli esiti del processo di Concordamento tra l'Azienda e la Regione;
- analisi e formulazione di pareri rispetto ai documenti di programmazione che vengono posti alla sua attenzione durante le diverse fasi del processo di Budget;
- approva i Budget dei Centri di Responsabilità, il Budget Aziendale complessivo e il Bilancio di Previsione;
- approva eventuali variazioni ai Budget dei Centri di Responsabilità eventualmente necessarie in corso d'esercizio;
- rappresenta l'Azienda nella fase negoziale che ha luogo con la Regione durante il concordamento.

3) Il Comitato di Budget è l'attore principale del processo di budget in quanto coinvolto nella definizione degli obiettivi, nella loro negoziazione con i centri di responsabilità e nel monitoraggio sul raggiungimento degli stessi.

Sebbene non vi siano norme certe sulla composizione del Comitato di Budget, per cui essa viene definita in relazione alle caratteristiche gestionali ed organizzative delle aziende, in genere esso è coordinato dal responsabile della funzione Programmazione e Controllo, coadiuvato dal responsabile dell'area Economico finanziaria, ed è così composto:

1. Direttore Generale
2. Direttore Sanitario
3. Direttore Amministrativo
4. Responsabili Staff delle Direzioni Generale e Sanitaria
5. Direttore U.O. Programmazione e Controllo di gestione
6. Rappresentante per le attività ospedaliere;
7. Rappresentante per le attività territoriali (solo per le ASL);

8. Rappresentante per le attività di prevenzione (solo per le ASL);

9. Responsabile del Servizio Infermieristico.

Il Comitato di Budget, in genere, svolge le seguenti funzioni:

- stesura, revisione e aggiornamento del Regolamento sulle modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del Budget. Collegamento con il sistema premiante;
- supporta la Direzione Aziendale nella predisposizione del Piano Annuale;
- supporta la Direzione Aziendale nella definizione degli indirizzi annuali di Budget,
- elabora e/o coordina l'elaborazione dei singoli prospetti che compongono la struttura contabile del Budget;
- monitora il processo di formazione del Budget Aziendale e verifica il rispetto delle compatibilità economiche generali;
- formula le proposte di obiettivi per singolo Centro di Responsabilità e li formalizza attraverso la predisposizione delle Schede Obiettivi;
- predispone il Calendario di negoziazione e negozia gli obiettivi con i Centri di Responsabilità;
- monitoraggio, analisi e valutazione sul raggiungimento degli obiettivi;
- formula e propone alla Direzione Aziendale modifiche e variazioni al Budget eventualmente necessarie in corso d'esercizio.

4) I Centri di Responsabilità rappresentano le strutture Aziendali con titolarità di Budget e sono direttamente responsabili rispetto ai risultati raggiunti ed alle risorse impiegate. Essi costituiscono articolazioni organizzative, generalmente di tipo complesso, con assegnazione di Budget stabilita annualmente con delibera del Direttore Generale. Nell'ambito del processo di programmazione i Centri di Responsabilità possono:

- negoziare gli obiettivi proposti dal Comitato di Budget;
- definire obiettivi ad integrazione di quelli proposti dal Comitato Budget;
- formulare commenti e pareri sul proprio Budget;
- sottoscrivere e approvare, al termine della fase di negoziazione, la Scheda di Budget;

- richiedere una negoziazione ulteriore con il Comitato Budget qualora dissentano dagli esiti del primo incontro;
- elaborare proposte, pareri e critiche in riferimento agli obiettivi assegnati, direttamente al Comitato Budget.

2.4 Le funzioni del budget

Nel quadro della strumentazione tecnico-contabile di cui al controllo di gestione, il budget assume una pluralità di funzioni complementari a quelle svolte da altri strumenti informativi.

In particolare, le funzioni del budget sono:

1. Programmazione. La funzione di programmazione, di cui si è detto al paragrafo 1, è la funzione tradizionale del budget. Comporta la definizione del programma d'azione, da parte delle unità organizzative, e la successiva identificazione e allocazione delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi. Gli obiettivi devono essere realistici perché alla definizione degli obiettivi, segue la distribuzione delle risorse.

2. Controllo e valutazione. Il controllo budgetario insieme all'attività di programmazione consente di monitorare costantemente le attività dell'impresa, garantendo un continuo adattamento alle mutevoli condizioni dell'ambiente. Esso si esplica in un continuo monitoraggio sul grado di raggiungimento degli obiettivi e sulla rilevazione di eventuali scostamenti e loro cause, allo scopo di porre in essere adeguate azioni correttive. Il monitoraggio è propedeutico alla valutazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi, la quale fa riferimento a diverse dimensioni (organizzativa, professionale, ecc.)

3. Guida e motivazione. Il budget svolge un'azione di guida dei manager insita nelle modalità di svolgimento del processo stesso. In particolare, la logica della negoziazione consente di porre in essere un processo di comunicazione bidirezionale utile non solo ai fini della programmazione ma anche allo scopo di indirizzare le azioni verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Tale modalità di conduzione determina un effetto motivante grazie alla partecipazione attiva alla definizione degli obiettivi da parte di tutti gli attori del processo. Inoltre, la

funzione motivazionale si esprime attraverso l'assegnazione di responsabilità sul raggiungimento di obiettivi condivisi, raggiungibili e controllabili.

4. Coordinamento e integrazione. Il budget è il principale strumento di coordinamento orizzontale ex ante, ovvero prima che si svolga la gestione: rende compatibili ed integra i programmi di gestione, indirizza le decisioni aziendali verso gli obiettivi generali e minimizza i contrasti e promuove la collaborazione.

L'integrazione invece è la coerenza verticale degli obiettivi: gli obiettivi delle diverse funzioni aziendali devono essere coerenti con gli obiettivi della gestione aziendale.

5. Apprendimento e formazione. Il processo di budget abitua alle logiche di una gestione programmata e rafforza la sensibilità economico-gestionale. Spinge a porre attenzione e ad analizzare i fabbisogni dell'intera azienda e delle altre unità organizzative rendendo possibile il raggiungimento di obiettivi globali che esplicano effetti positivi di ricaduta sulle singole unità organizzative. L'apprendimento avviene attraverso l'esperienza e permette di non ripetere gli stessi errori del passato. Il budget è uno strumento di apprendimento in quanto consente di rendere consapevole la gestione aziendale.

Le funzioni sopra delineate, in realtà e paradossalmente, sembrano essere inficiate dal “sistema di finanziamento a budget” che “può essere causa di deresponsabilizzazione, perché l'eventuale difficoltà a rispondere alle esigenze dei pazienti (...) o il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico possono essere attribuiti o alla scarsità dei finanziamenti ottenuti o, viceversa, all'inappropriatezza dell'attività svolta, alla cattiva organizzazione, o ad altre inefficienze.”¹⁴ Dunque, questi sistemi richiedono un rafforzamento dei sistemi di controllo interno sulla qualità, efficacia, efficienza ed appropriatezza dei singoli Servizi Sanitari.

2.5 Articolazione del budget

Per definire l'articolazione del budget, tenuto conto che vi sono intuibili differenze tra le aziende sanitarie e le aziende industriali, si farà riferimento alle linee guida predisposte dalla Regione Campania per la predisposizione del regolamento di amministrazione e contabilità delle aziende del SSR nell'anno 2009 con DCA n. 14.

¹⁴ Borgonovi E. (2008), “Scandali, persone, regole”, *Meciosan*, Anno XVII – N.66, p. 5

In particolare, il documento regionale prevede che il budget sia articolato nei seguenti budget settoriali:

- Budget della Produzione
- Budget delle Risorse
- Budget dei Consumi

Essi sono elaborati contestualmente con lo scopo di garantire coerenza ed integrazione tra le tre fasi, prestando costante attenzione all'equilibrio complessivo del sistema produzione “ risorse “ consumi.

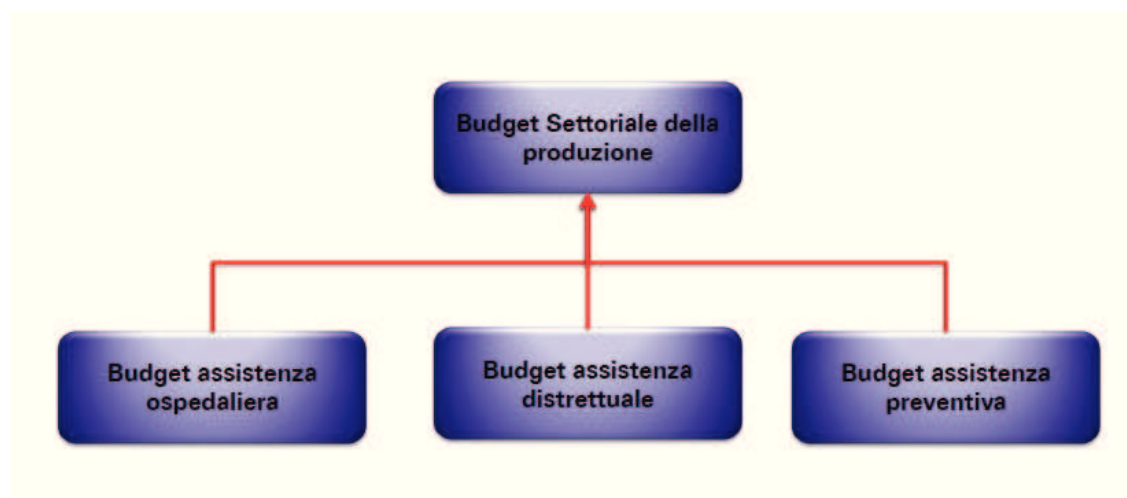
Budget della produzione

Il Budget della Produzione deve essere elaborato, in tutti i prospetti che lo compongono, per singolo CdC. Tale suddivisione consente, nella fase di definizione dei Budget Operativi, una coerente aggregazione dei prospetti contabili rispetto alla struttura dei Centri di Budget nonché all'Azienda nel suo complesso.

Il Budget della Produzione deve essere raccordato con il sistema delle rilevazioni con particolare riferimento al sistema di contabilità analitica e, dove possibile, a quello di contabilità generale. In particolare è opportuno:

- riferire i valori e gli standard espressi dagli indicatori;
- riferire i valori economici al Piano dei Fattori Produttivi;
- dettagliare e raccordare, ove possibile, i valori economici anche in funzione del Piano dei Conti regionale, soprattutto con riferimento alla struttura dei conti per la rendicontazione della mobilità intra ed extraregionale.

Figura 4: Articolazione del budget della produzione



Fonte: “Linee guida per la predisposizione del regolamento di amministrazione e contabilità” delle aziende del SSR”, Allegato b - Decreto n. 14 del 30 novembre 2009, Regione Campania.

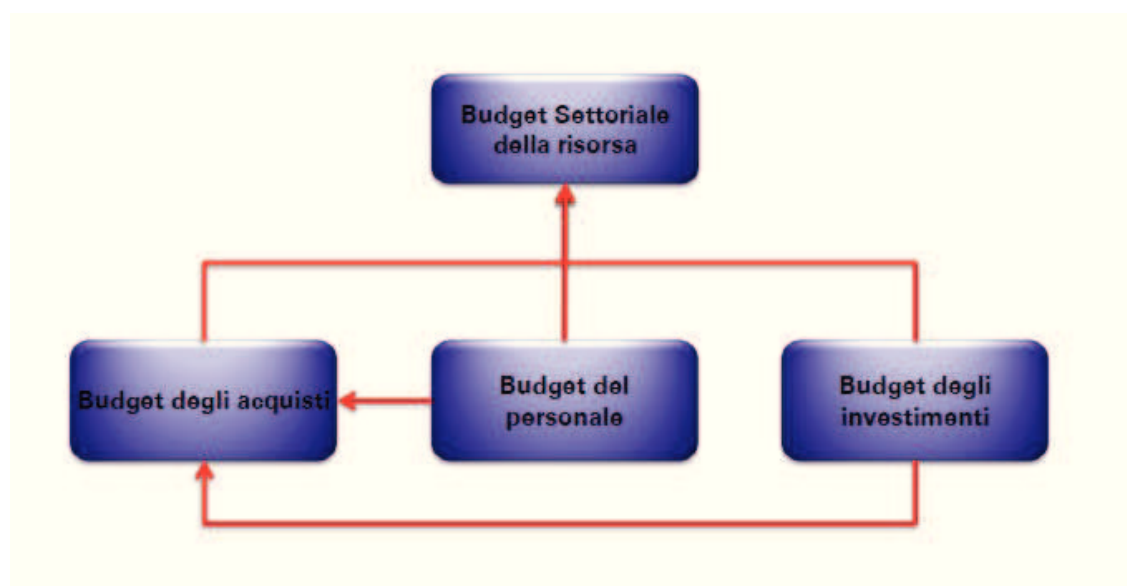
Budget delle risorse

Il Budget delle Risorse individua il livello di risorse funzionali a garantire il raggiungimento degli obiettivi di attività stabiliti nel Budget della Produzione. Esso è originato in parte dalla declinazione dei vincoli di compatibilità economica contenuti all'interno del Piano Annuale e, in parte, dalla tipologia e dai volumi di prestazioni e servizi da erogare determinati nel Budget della Produzione.

La fase di elaborazione del Budget delle Risorse è contestuale a quella del Budget della Produzione. Infatti, pur essendo concettualmente basato sui volumi di attività attesi, le stime sul fabbisogno di risorse devono essere caratterizzate da un certo dinamismo rispetto ai programmi di produzione. In altre parole, è possibile che, sulla base dei vincoli finanziari posti dal Piano Annuale e delle compatibilità economiche generali, dal Budget delle Risorse si generino delle retroazioni sul Budget della Produzione richiedendone una o più rimodulazioni.

Il livello di dettaglio del Budget delle Risorse deve essere il più possibile coerente al Budget della Produzione. Pertanto, dove possibile e significativo, anche il Budget delle Risorse deve essere elaborato per singoli CdC al fine di consentire nella fase di definizione dei Budget Operativi una coerente aggregazione dei prospetti contabili rispetto alla struttura dei Centri di Budget e all'Azienda nel suo complesso.

Figura 5: Articolazione del budget delle risorse



Fonte: “Linee guida per la predisposizione del regolamento di amministrazione e contabilità delle aziende del SSR”, Allegato b - Decreto n. 14 del 30 novembre 2009, Regione Campania.

Budget dei consumi

Il Budget dei Consumi ha l'obiettivo di programmare tipologia, quantità e costo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e delle altre forme di assistenza fruite dagli assistiti attraverso il ricorso a strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate.

Il Budget dei Consumi, in chiave prospettica, dovrebbe essere elaborato per singoli CdC al fine di consentire, nella fase di definizione dei Budget Operativi, una coerente aggregazione dei prospetti contabili rispetto alla struttura dei CdC nonché all'Azienda nel suo complesso.

Il Budget dei Consumi, analogamente a quello delle risorse, deve essere raccordato per singolo sottoconto del Piano dei Conti regionale, in modo tale da rendere più agevole ed immediato il passaggio dai Budget Operativi al Bilancio di Previsione

Figura 6: Articolazione del budget dei consumi



Fonte: “Linee guida per la predisposizione del regolamento di amministrazione e contabilità” delle aziende del SSR”, Allegato b - Decreto n. 14 del 30 novembre 2009, Regione Campania.

Dopo aver concluso la redazione dei Budget Settoriali della Produzione, delle Risorse e dei Consumi è necessario provvedere al loro consolidamento al fine di verificarne, all'interno di una visione sintetica ed unitaria a livello di Azienda, l'effettiva compatibilità economico finanziaria con i vincoli contenuti nel Piano Annuale.

Le attività operative che caratterizzano questa fase riguardano l'aggregazione, a livello Aziendale e di area funzionale, dei prospetti componenti i singoli Budget Settoriali descritti nelle pagine precedenti.

Dal consolidamento di tali prospetti si ottiene il *Budget Operativo Aziendale*, che rappresenta la sintesi dei principali elementi di ricavo e di costo originati dalla declinazione quantitativa degli indirizzi di programmazione definiti nel Piano Annuale.

2.6 La scheda di budget

La scheda di budget è il documento fondamentale del sistema di pianificazione. In essa sono contenuti tutti gli elementi della programmazione annuale così come derivano dall'esito finale del processo.

Le proposte per gli obiettivi di budget sono presentate ai Responsabili dei centri di responsabilità mediante la compilazione di apposite schede predisposte dal Comitato di budget.

Facendo riferimento alle linee guida della Regione Campania la Scheda di Budget non rappresenta nient'altro che una sintesi coerente dell'intero processo di programmazione: dalla predisposizione del Piano Annuale alla strutturazione dei Budget Operativi per centri di responsabilità.

Secondo le linee guida, le schede di budget delle Aziende Sanitarie dovranno avere i seguenti contenuti minimi:

- un *numero limitato di obiettivi* (massimo quattro o cinque) collegati al Piano Annuale, con descrizione sintetica di ciascuno di essi;
- la scomposizione di ciascun obiettivo in un *obiettivo primario* e, dove possibile, in *obiettivi secondari*;
- la *descrizione delle attività* che s'intendono svolgere per raggiungere l'obiettivo, con *indicazione dei L.E.A.* nel caso di attività assistenziali;
- *l'indicazione dei Centri di responsabilità* e dei *centro di costo/ricavo* a cui sono imputati gli obiettivi e le attività;
- la descrizione *fattori produttivi* associati allo svolgimento delle attività;
- *gli indicatori ponderati sulla base del consumo di risorse* per singola attività;
- la serie storica, per ciascun indicatore inserito nella Scheda, riferita almeno ai due anni precedenti quello di Budget;
- *lo scostamento percentuale tra il valore atteso a Budget per ciascun indicatore* e quello rilevato nel preconsuntivo relativo ai primi sei mesi dell'anno in corso.

Si riporta di seguito un esempio di scheda di budget:

Figura 7: Scheda di Budget (totale e rilevazione scostamenti)

| DESCRIZIONE OBIETTIVI | I Livello - L.E.A. | II Livello L.E.A. - ATTIVITA' | III Livello L.E.A. - Sub-ATTIVITA' | Centro di costo | Codice Fattore produttivo | Fattore produttivo | CONSUNTIVO Anno N-2 | | CONSUNTIVO Anno N-1 | | BUDGET Anno N | | Consuntivo Anno N - X Trim. | | Δ BUDGET / CONSUNTIVO Anno N - X Trim. | % raggiunta |
|--------------------------|-----------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|---|----------------|
| | | | | | | | Quantità | Valore (€/000) | Quantità | Valore (€/000) | Quantità | Valore (€/000) | Quantità | Valore (€/000) | | |
| 1 | A | A.01 | A.01.01 | a) | | | | | | | | | | | | |
| | | | A.02.01 | | | | | | | | | | | | | |
| | | A.02 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | A.03 | A.03.01 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | B | B.01 | B.01.01 | b) | | | | | | | | | | | | |
| | | | B.02.01 | | | | | | | | | | | | | |
| | | B.02 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | B.03 | B.03.01 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | C | C.01 | C.01.01 | c) | | | | | | | | | | | | |
| | | | C.02.01 | | | | | | | | | | | | | |
| | | C.02 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | C.03 | C.03.01 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | C.04.01 | | | | | | | | | | | | | |
| | | C.04 | | | | | | | | | | | | | | |
| | C.05 | C.05.01 | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTALE | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fonte: “Linee guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità”,
Decreto n. 14 del 30 novembre 2009, Regione Campania, Allegato d3.

Le schede di budget dovranno accogliere valori e quantità secondo le medesime tipologie utilizzate dal piano dei centri di costo.

Le fasi operative nella predisposizione delle schede di budget, insieme alla determinazione del piano dei centri di responsabilità e di costo, rappresentano uno dei momenti operativi più importanti. Tali fasi sono:

- la stima dei valori da imputare;
- la verifica della competenza economica;
- l'imputazione del valore delle risorse ai relativi centri di costo

E' importante sottolineare che per ogni obiettivo andranno definiti alcuni elementi importanti tra i quali:

- Peso dell'obiettivo
- Criteri di misurazione del risultato
- Indicatore

- Range all'interno del quale considerare l'obiettivo come raggiunto parzialmente
- Modalità di calcolo dell'obiettivo

2.7 Monitoraggio degli obiettivi

Il monitoraggio degli obiettivi si realizza attraverso il Sistema di reporting¹⁵, il quale riveste una importanza strategica nel mantenere il sistema organizzativo in piena efficienza e permettere la diffusione delle informazioni ai vari livelli interessati.

Il sistema di reporting più caratteristico, trae la sua validità ed utilità dalla preesistenza di un sistema di budget che fissi obiettivi verificabili, che espliciti un controllo costante delle attività e delle risorse consumate e ne “riferisca” rapidamente a chi può mettere in atto opportuni correttivi (se necessario).

Esistono, però, diversi confronti possibili, oltre quelli con il budget, come ad esempio i confronti tra quantità effettive attuali e quantità effettive di periodi precedenti e tra quantità interne e quantità esterne (benchmarking).

Nell'attività di reporting è necessario tenere in considerazione che i destinatari (riceventi) sono portatori di: aspettative, necessità informative, proprie semantiche, responsabilità specifiche, pregiudizi e credenze. Tutto questo, deve essere tenuto in considerazione al fine di confezionare informazioni, che siano recepite in modo giusto e per le necessità emergenti.

Il report è un documento amministrativo, che si materializza in una tabella contenente righe dedicate agli indicatori prescelti e colonne dedicate ai vari termini di confronto e al risultato del confronto, è diretto ai responsabili dei centri o alla direzione generale e in esso si espongono le informazioni rispondenti ad una duplice finalità:

- valutare le performance dei manager, rispecchiandone le responsabilità (report valutativi);
- informare i manager sull'andamento della gestione e sul suo allineamento ai piani e programmi stabiliti ai fini delle decisioni e delle azioni (report informativi).

“Per singolo Centro di Responsabilità devono essere riportati:

¹⁵ Per approfondimenti si vedano “Linee guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità”, Decreto n. 14 del 30 novembre 2009, Regione Campania.

- i programmi/progetti attribuiti (in collegamento con i documenti di pianificazione-programmazione, che vengono in tal modo declinati lungo la struttura organizzativa);
- i singoli obiettivi attribuiti, articolati per programmi/progetti e per variabili critiche relative a ciascun programma/progetto;
- i relativi indicatori;
- i valori attribuiti ex ante per gli indicatori;
- i valori fatti registrare a consuntivo per tali indicatori;
- gli scostamenti rilevati tra valori ex ante e valori ex post”¹⁶.

In generale, i report devono essere chiari, selettivi, rilevanti, frequenti, puntuali. Il sistema dei report, si rivolge a tutte le funzioni aziendali (direttori di distretto, direttori di presidio ospedaliero, direttori di dipartimento, provveditorato, personale ecc.) e alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa.

Figura 8: ipotesi di schema di report di routine per un Distretto nell'ipotesi di confronto dei dati consuntivi con i valori definiti nel budget

| Distretto 2 I trimestre anno 200X | Servizio veterinario | Servizio Medicina di Base | Servizio Ig. Pubblica | Totale Distretto | Budget Distretto |
|---|-------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|
| Costo del personale medio | | | | | |
| Costo altro personale | | | | | |
| Costo dei beni di consumo | | | | | |
| Altri costi diretti | | | | | |
| Costo della convenzione di medicina di base | | | | | |
| Costo della convenzione farmaceutica | | | | | |
| Costo altre convenzioni | | | | | |
| Totale costi | | | | | |
| Indicatori di attività | | | | | |

Fonte: “Linee guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità”, Decreto n. 14 del 30 novembre 2009, Regione Campania, p. 168.

Le “Linee guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità” emanate dalla Regione Campania, individuano tre tipologie di report interni:

¹⁶ Mussari R. (a cura di) (2001), Manuale operativo per il controllo di gestione, Analisi e strumenti per l'innovazione, I manuali, Rubettino Editore, p. 393-394.

- i report di routine, cioè prospetti informativi, periodicamente e stabilmente, inviati ai destinatari secondo un piano prestabilito di diffusione delle informazioni. Essi sono sintetici e standardizzati, mettendo in evidenza le informazioni più significative per ciascun livello decisionale;
- i report di approfondimento, più analitici e distribuiti solo dietro esplicita richiesta proveniente dai destinatari dei report di routine;
- i report non strutturati, ossia prospetti informativi prodotti in relazione a specifiche e particolari esigenze conoscitive (decisioni di investimento, decisioni di valutazione tra diverse alternative di gestione di un'attività, ecc.).

Inoltre, per le aziende sanitarie ed ospedaliere il sistema di reporting genera una serie di report richiesti obbligatoriamente dal Ministero della Sanità e dalla Regione.

“In particolare, i report richiesti dal Ministero della Salute sono:

- modello “CE”, ossia l’elaborazione di un conto economico preventivo (annuale) e consuntivo (annuale e trimestrale);
- modello “CP”, che consiste nella rielaborazione del conto economico evidenziando il costo della produzione dei presidi ospedalieri (escludendo la parte del sociale e quella territoriale);
- modello “SP”, che costituisce la rappresentazione della situazione patrimoniale dell’azienda;
- modello “LA”, che consiste in una rielaborazione del bilancio preventivo e consuntivo annuale, operandone la riclassificazione per livelli di assistenza con ribaltamento dei costi dei servizi generali ed evidenziazione analitica del personale dedicato a ogni livello.

I report richiesti dalla Regione sono:

- la ripartizione della parte ospedaliera del conto economico dell’azienda sui diversi presidi (escludendo la parte del sociale e quella territoriale) secondo la rappresentazione in forma scalare;
- un prospetto che evidenzia la valorizzazione monetaria dell’attività ospedaliera svolta, i costi di produzione riconducibili all’attività ospedaliera e i parametri strutturali dell’azienda;
- un “budget”, allegato al bilancio preventivo, che riclassifica il bilancio preventivo per livelli di assistenza (attività di prevenzione, ospedaliera e distrettuale) e tipologia di servizio (assistenza domiciliare, guardia medica, ecc.), stima i volumi di prestazioni per

l'anno a cui si riferisce ed evidenzia i parametri strutturali per ogni servizio (personale, posti letto, strutture ecc.). Tale documento, che è prodotto sulla base dei dati di contabilità analitica, del bilancio preventivo e di stime, spesso è riportato all'interno di un unico prospetto che compara i valori a preventivo con quelli a consuntivo;

- un prospetto di ripartizione di costi e proventi del conto economico preventivo per le aree ospedaliera, territoriale e sociale;

- un prospetto di movimentazione dei proventi e degli oneri straordinari e degli accantonamenti”¹⁷.

A seguito del monitoraggio è possibile che vengano riscontrare differenze tra i risultati attesi ed effettivi, dovuti a cause esterni o non governabili dallo stesso.

In tal caso, sarà necessario porre in essere alcune azioni correttive, quali:

- modifica degli obiettivi, con rideterminazione dei livelli di attività;
- ridefinizione delle risorse assegnate;
- revisione dei progetti specifici definiti all'inizio dell'esercizio.

2.8 Collegamento budget e sistema premiante

La Valutazione delle Prestazioni costituisce un'attività fondamentale della moderna gestione delle risorse umane e si caratterizza sempre come uno strumento di valorizzazione delle persone appartenenti all'Azienda, oltre che di analisi e verifica delle performance. In presenza di scenari legati non solo ai livelli di produttività, ma anche alla qualità dell'attività diviene determinante la capacità di stimolare lo specifico apporto del singolo.

Il sistema di valutazione nel suo complesso è orientato al miglioramento delle prestazioni nei confronti dei clienti esterni ed interni, nonché delle competenze professionali di ogni operatore. La valutazione, effettuata dal Responsabile preposto, riguarda il grado di raggiungimento degli obiettivi di risultato e le competenze dimostrate dalla persona valutata.

¹⁷ “Linee guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità”, Decreto n. 14 del 30 novembre 2009, Regione Campania, pp.151 – 152.

La verifica dei risultati ottenuti costituisce, inoltre, un ritorno significativo per il dipendente sul livello quali - quantitativo dell'attività svolta, in modo da poter soddisfare meglio le aspettative future.

Inoltre, attraverso la valutazione è possibile:

- attivare confronti annuali, in relazione anche agli obiettivi ed allo sviluppo dell'organizzazione, per proporre eventuali correttivi e innovazioni;
- esplicitare le aspettative e le richieste di contributo con ogni operatore, favorendo il processo di identificazione;
- responsabilizzare le persone, promuovendo più elevati livelli di autonomia decisionale nell'ambito della discrezionalità definita;
- favorire la crescita professionale attraverso interventi di sviluppo delle competenze per colmare il gap tra quelle attese e presenti, in relazione alle strategie aziendali;
- disporre di informazioni relative alle competenze e alla formazione degli operatori utili a promuovere la valorizzazione professionale delle persone, rispetto allo sviluppo dell'organizzazione;
- favorire una politica retributiva basata su criteri valutativi volti al riconoscimento dell'attività svolta, per quanto riguarda la parte della retribuzione legata alla posizione ed ai risultati;
- migliorare i risultati organizzativi;
- sviluppare un sistema di incarichi con un riferimento di conoscenza approfondito e sistematico nel tempo.

La retribuzione di risultato conserva il suo forte valore di leva gestionale per incentivare il personale a raggiungere tali obiettivi e, quindi, il suo stretto collegamento al modello di gestione budgetaria.

In altre parole, il sistema premiante collega il calcolo del premio spettante ad ogni dipendente ai risultati ottenuti dal centro di responsabilità in cui ha operato, secondo una logica che considera l'attività di ogni singolo centro di responsabilità come il risultato dell'apporto congiunto di tutte le professionalità presenti.

Sezione II

L'implementazione e lo sviluppo del progetto di ricerca

Premessa

Il lavoro di seguito illustrato è frutto dell'esperienza maturata nell'ambito dell'attività di studio e ricerca svolta presso l'Ufficio di Controllo di Gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli a partire da Settembre 2011 ed in corso tutt'ora.

La ricerca si è sviluppata in un contesto di profondo cambiamento da un processo di riorganizzazione interna, conseguente all'adozione di una struttura organizzativa che vede l'integrazione tra dipartimenti assistenziali e dipartimenti universitari.

Tale processo ha notevolmente inciso sulla gestione e l'organizzazione dei meccanismi operativi (sistema controllo di gestione, sistema informativo, sistema di gestione del personale), i quali hanno rivestito un ruolo decisivo ai fini della programmazione, controllo e integrazione organizzativa.

La presente sezione si compone di due capitoli.

Il primo fornisce un'analisi del contesto aziendale entro il quale si è svolta la ricerca, ponendo una particolare attenzione a:

- cambiamento organizzativo cui ha conseguito l'istituzione dei Dipartimenti di Attività Integrata (DAI) quale luogo di integrazione tra l'attività assistenziale e l'attività di formazione e ricerca;
- struttura del sistema di controllo di gestione.

Il secondo capitolo, invece, incentrato sul nucleo centrale dell'attività di ricerca: ripercorrendo le fasi della ricerca vengono delineate le caratteristiche peculiari che il processo di budget ha assunto nell'AOU Federico II, quale strumento di programmazione, controllo e integrazione organizzativa.

Capitolo 1 - Framework della ricerca

1.1 Il contesto aziendale

1.1.1 Peculiarità delle aziende ospedaliere universitarie: aspetti di programmazione nell'AOU Federico II

A distanza di più di dieci anni dall'emanazione del D.Lgs. 517/99 "Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell'art. 6 della legge del 30 novembre 1998, n. 419" realizzare pienamente l'integrazione tra assistenza e formazione rappresenta un'impresa ancora difficile e diversi sono gli studi condotti sulle aziende per comprendere e connotare il grado di integrazione raggiunto.

Le Aziende ospedaliero-universitarie (AOU) sono Aziende Sanitarie dotate di personalità giuridica pubblica, autonomia imprenditoriale, svolgono funzioni di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività e informano la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo.

L'organizzazione e le attività aziendali sono improntate a criteri di efficienza, efficacia ed economicità; la gestione deve essere preceduta da un'adeguata programmazione che definisca i livelli essenziali di salute, le risorse, le forme di finanziamento, gli obiettivi di breve e medio periodo.

Queste Aziende si configurano come organizzazioni con una missione più complessa, giacché debbono sia raggiungere obiettivi assistenziali, sia concorrere alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università. Si passa così dall'inscindibilità tra didattica, ricerca e assistenza all'integrazione fra queste funzioni sulla base dei principi e delle regole proprie del SSN.

L'AOU Federico II è Azienda Ospedaliera Universitaria integrata con il Servizio Sanitario Regionale e si caratterizza per l'attività assistenziale e per le attività d'alta specializzazione di rilievo nazionale.

L'organizzazione e le azioni dell'Azienda sono caratterizzati dalla presenza di:

- attività di ricerca, didattica ed assistenza che le consentono di collocarsi come polo di offerta nazionale ad altissima specialità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità. Allo scopo sono attivi, nell'ambito di quanto disciplinato

dall'art. 10 del vigente Protocollo d'intesa, i Centri di Riferimento Regionale; essi rappresentano strutture di offerta ad altissima specialità che fungono da “riferimento” all'interno della rete di offerta regionale;

- necessità di offrire un ventaglio completo di prestazioni assistenziali al fine di assicurare le casistiche necessarie al completamento dell'iter formativo degli studenti in medicina, degli specializzandi, dei frequentanti i corsi di laurea delle professioni sanitarie;
- necessità di offrire prestazioni che soddisfino i bisogni assistenziali della popolazione.

E' importante chiarire tale aspetto perché è determinante nelle fasi di definizione degli obiettivi aziendali, in fase di concordamento regionale e all'interno dell'azienda stessa, oltre che nella definizione delle azioni necessarie al conseguimento degli obiettivi. Infatti, il raggiungimento di alcuni obiettivi aziendali pare non coninciare con le esigenze di formazione che caratterizzano la componente universitaria: si pensi, ad esempio, all'obiettivo di incremento del peso medio dei ricoveri. Il suo raggiungimento richiede ai dirigenti di “scegliere” di eseguire solo ricoveri più complessi, mentre le esigenze di formazione impongono la conoscenza anche di casi semplici, “didattici” e, quindi, di ricoveri meno complessi.

Una soluzione a tale problema potrebbe essere lo svolgimento di attività formative (tirocinio) per cui laureandi e medici in formazione presso le strutture territoriali delle ASL. Peraltro, già la legge 833/78 essendo ispirata ad una concezione unitaria dell'assistenza, prevedeva all'art. 39 l'apporto delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, oggi Scuole, alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria e l'utilizzazione da parte delle predette Facoltà, di idonee strutture delle ex USL al fine di perseguire gli obiettivi di ricerca e di insegnamento.

E' noto, comunque, che i rapporti tra Regioni, Università e Aziende Sanitarie, sono stati sempre difficili e caratterizzati da un'iniziale prevalenza degli interessi didattici e scientifici dell'Università, alla quale si è venuta a sostituire una preponderanza della parte assistenziale, per cui dall'entrata in vigore del D.Lgs. 517/99 si è alla ricerca, di un migliore equilibrio che possa garantire le funzioni istituzionali proprie di ciascuno dei due “sistemi”, quello universitario e quello sanitario.

Il D.Lgs. 502/92, come modificato ed integrato dal D.Lgs. 517/93 delinea una nuova dimensione dei rapporti tra il SSN e l'Università. La scelta tecnico-legislativa è quella di non predeterminare modelli convenzionali che disciplinavano rigidamente i rapporti tra Regione e Università, ma fornisce indicazioni molto generiche lasciando all'autonomia delle parti la formazione delle "regole" attraverso i Protocolli di Intesa e gli accordi attuativi.

L'Università partecipa alla programmazione aziendale mediante la definizione di modalità per garantire la programmazione concordata delle attività istituzionali dell'azienda, sede del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia, e della facoltà medesima (livello aziendale).

Benché tale principio prescrittorio sia contenuto in tutti i protocolli, in generale, questi appaiono carenti di modalità operative definite e semplificate per consentire un concreto coordinamento programmatico delle attività.

Le dimensioni del governo aziendale: committenza e produzione

Le dimensioni di governo delle attività nell'AOU Federico II sono: la committenza e la produzione. La committenza è la funzione, di valenza strategica, rivolta all'interno dell'azienda con la quale si garantiscono, per gli utenti e loro rappresentanti risultati da raggiungere come "obiettivi di salute", con l'assicurazione della disponibilità delle risorse assegnate per raggiungerli. Essa viene esercitata dall'Azienda nei confronti di tutti i produttori interni di servizi sanitari e non, secondo i bisogni assistenziali ed è svolta, con modalità collegiali, dall'alta direzione aziendale: Direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo,

La produzione è la funzione interna mediante la quale viene assicurato il raggiungimento degli obiettivi negoziati con la direzione aziendale, in termini di erogazione/produzione di prestazioni e di servizi interni: DAI, UU.OO complesse e semplici, centri interdipartimentali, centri di riferimento regionali, ecc. Viene affidata al direttore sanitario ed ai direttori di dipartimenti e da questi ultimi ai direttori di strutture complesse e semplici, oltre che ai direttori e dirigenti delle varie UU.OO. coinvolte nell'organizzazione dell'azienda.

Il governo economico-finanziario

L'Azienda si impegna a garantire i livelli di assistenza sanitaria programmati sia in termini di servizi ed attività, che in termini di impiego efficiente delle risorse

economiche. Il governo economico finanziario risulta essenziale all'interno del processo di programmazione e controllo per la correlazione tra risorse disponibili e risultati di attività. Il governo economico-finanziario utilizza attualmente i seguenti strumenti:

- la contabilità generale;
- il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio economico preventivo;
- il bilancio d'esercizio;

Il governo economico prevede l'introduzione graduale di strumenti innovativi di gestione quali:

- a) la relazione istituzionale ed il bilancio di mandato;
- b) la contabilità analitica e suo collegamento alla contabilità generale;
- c) la Balanced scorecard
- d) la certificazione di bilancio.

L'introduzione di strumenti innovati di gestione è motivato da esigenze di ridefinizione dei criteri di valutazione e rendicontazione delle performance dell'Azienda, volendo perseguire obiettivi di efficacia delle cure, appropriatezza delle prestazioni, qualità dei servizi erogati.

Si tratta quindi di ripensare criteri e strumenti per leggere e valutare l'operato dell'azienda, superando la centralità e l'unicità del bilancio economico-finanziario. Se, infatti, quest'ultimo è in grado di chiarire come sono state utilizzate le risorse economiche e finanziarie a preventivo ed a consuntivo, non appare però in grado di comunicare qual è il "valore" prodotto dall'Azienda stessa in termini di benefici per la collettività e per i singoli legittimi portatori di interesse.

La sottolineatura sulla rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche è d'altra parte ribadita nella direttiva del 17/02/2006 del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, pubblicata su G.U.R.I. del 16/03/2006.

In definitiva, sono tre i possibili temi strategici di più alto livello che devono trovare una dimensione bilanciata nella rendicontazione aziendale:

1. il costo delle prestazioni (programmazione e controllo di gestione);
2. il valore creato, inteso come benefici per gli stakeholders di riferimento;
3. il contributo al sistema istituzionale di riferimento.

Il Direttore generale attribuisce l'autonomia finanziaria della gestione budgetaria ai centri di responsabilità per conseguire la funzionalità e l'efficienza della gestione.

L'allocazione delle risorse avviene in base ai piani annuali di attività, formulati in funzione degli obiettivi di salute, evidenziati nei Piani per la Salute (PPS) definiti in

ambito dipartimentale in riferimento a specifiche patologie ed alle soglie operative minime di cui al comma 6 dell'art.3 del vigente Protocollo d'intesa. Le risorse a disposizione sono negoziate nell'ambito di accordi che vengono definiti dalla committenza nella forma di contratti di fornitura e dai Direttori dei dipartimenti, nella forma di piani di produzione annuali e della definizione di soglie operative minime di cui all'art.3, c. 5 del vigente Protocollo d'intesa.

I budget relativi sono stabiliti in base alle tariffe per prestazione e/o ai costi predeterminati per funzioni assistenziali e per i programmi di attività.

Il finanziamento delle attività

Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dall'Azienda concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università che dalla Regione. L'Università concorre al finanziamento delle attività correnti dell'Azienda con gli apporti e secondo le modalità previste dal Protocollo d'intesa Università/Regione.

L'Università concorre al sostegno economico-finanziario dell'AOU:

- a. con l'apporto di personale docente e tecnico amministrativo universitario;
- b. con la concessione a titolo gratuito all'AOU dei beni immobili sia demaniali che di proprietà dell'università già destinati in modo prevalente all'attività assistenziale per i quali comunque grava sull'Azienda l'obbligo degli interventi in materia di sicurezza (D.Lgs. 81/08),
- c. con la concessione a titolo gratuito dei beni mobili e attrezzature già utilizzate anche per le attività assistenziali, con obbligo di manutenzione degli stessi beni da parte dell'Azienda;
- d. con la concessione di un contributo finanziario annuo a favore dell'AOU per gli oneri aggiuntivi da essa sostenuti relativamente a servizi a prevalente finalità assistenziale ma con inclusione di una componente a finalità didattico-scientifica.

La Regione concorre al finanziamento delle attività correnti dell'Azienda con gli apporti e secondo le modalità previste dal vigente Protocollo d'intesa Università/Regione.

La Regione finanzia le attività assistenziali dell'A.O.U. nei modi previsti dal dlgs. n. 517/99 e nel rispetto dei vincoli finanziari fissati dal Piano di rientro dal disavanzo. Per ciascuno degli anni 2011 – 2013 il finanziamento è stabilito in € 191 milioni, incrementati dell'1% all'anno nel 2012 e nel 2013, fatto salvo il mantenimento del volume complessivo delle prestazioni assicurate nel 2009 a prescindere dal regime di

erogazione (ordinario, diurno, ambulatoriale) e la consistenza del fondo sanitario regionale 2010.

Alla AOU è riconosciuta la possibilità di accedere ad un finanziamento annuo aggiuntivo nella misura massima di € 20 milioni, € 22 milioni ed € 24 milioni, rispettivamente, per il 2011, 2012 e 2013, subordinato al raggiungimento dei seguenti risultati di performance e qualificazione, recepiti nel processo di budget:

- a) riduzione del 7% entro il 2011, del 14% entro 2012 e del 20% entro il 2013 delle attuali strutture complesse;
- b) aumento del 3% nel 2011, del 6% nel 2012 e del 9% nel 2013 del peso medio dei DRG dei ricoveri erogati in regime ordinario, rispetto al peso medio di quelli registrati nella media del biennio 2009 - 2010;
- c) riduzione del 7% nel 2011, del 14% nel 2012 e del 20% nel 2013 dell'inappropriatezza dei ricoveri erogati in regime ordinario e diurno, rispetto a quella registrata nella media del biennio 2009 - 2010.

Il finanziamento è erogato annualmente previa verifica effettuata dalla Regione sul raggiungimento degli obiettivi: in caso di raggiungimento parziale l'erogazione avverrà proporzionalmente alla media semplice delle percentuali di conseguimento degli obiettivi suddetti.

All'AOU sono inoltre trasferite le risorse finanziarie indicate nel programma regionale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario, ex art. 20 della L. 11 marzo 1988, n. 67, secondo quanto disciplinato dal c. 7 dell'art 12 del vigente Protocollo d'Intesa Università /Regione.

Per quel che riguarda l'implementazione di strumenti per il controllo interno, nell'ambito della sua autonomia, l'AOU si deve dotare di strumenti adeguati per verificare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, mettendo in atto se necessario tempestivi interventi correttivi. Ciò rientra nelle logiche dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione, orientati al contenimento della spesa ed alla razionalizzazione delle risorse, nei limiti del rispetto dei prefissati standard qualitativi del servizio offerto.

1.1.2 Struttura organizzativa dell'AOU Federico II

Allo scopo di rendere coerente la descrizione dei risultati della ricerca, nella trattazione della struttura organizzativa è necessario far riferimento all'attuale struttura e a quella precedente l'anno 2013. Infatti, gli sviluppi dell'implementazione del processo di budget oggetto di indagine si collocano nel mezzo di una fase di trasformazione che ha determinato non poche difficoltà anche per l'attività di ricerca.

Il Protocollo di Intesa Università – Regione contiene individua i criteri per l'attuazione dell'organizzazione interna aziendale al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

Secondo le disposizioni normative i protocolli devono, tra le altre cose, disciplinare: la composizione dell'organo di indirizzo; i criteri e le modalità per l'individuazione delle strutture complesse essenziali alle esigenze di didattica e di ricerca; i criteri e le modalità per la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata; i criteri e modalità per la definizione dei rapporti funzionali tra dipartimenti assistenziali e universitari.

Il Protocollo di intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi di Napoli Federico II Napoli assolve gli obblighi previsti dal D. Lgs. 517/99, individuando nel dipartimento ad attività integrata il modello organizzativo da adottare al fine di garantire l'integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca.

Il dipartimento ad attività integrata deve essere organizzato come centro unitario di responsabilità e di costo in modo da garantire, nel rispetto delle risorse finanziarie assegnate mediante il procedimento di negoziazione del budget, l'unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca e la flessibilità operativa. La composizione del dipartimento ad attività integrata in strutture complesse, semplici e programmi, in ottemperanza alla normativa, si rinviene in tutti i protocolli e, come in tutti i protocolli, sono previste oltre ai dipartimenti ad attività integrata altre tipologie di dipartimento: dipartimenti assistenziali, dipartimenti funzionali, dipartimenti gestionali e dipartimenti universitari. In alcuni protocolli è indicato nel numero di tre il numero minimo di strutture complesse di cui deve comporsi un dipartimento ad attività integrata.

Il Protocollo di intesa fa cenno anche ai rapporti organizzativi e funzionali e prevede una corrispondenza tra i dipartimenti ad attività integrata e dipartimenti universitari.

L'AOU Federico II prima dell'anno 2013 era strutturata in Dipartimenti Assistenziali non ancora integrati formalmente con i Dipartimenti Universitari.

I Dipartimenti costituiscono l'articolazione aziendale di più elevata responsabilità dirigenziale in ragione della qualificazione tecnico professionale richiesta per la gestione delle risorse economiche, umane e tecnologiche. Le strutture afferenti al dipartimento sono dotate di propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune, volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni sanitarie. La gestione del dipartimento è affidata al Direttore di Dipartimento, il quale è nominato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore ed è individuato tra i Responsabili di Struttura Complessa afferenti al Dipartimento stesso.

Il Direttore di Dipartimento garantisce il coordinamento delle attività di programmazione, realizzazione e monitoraggio delle attività dipartimentali, controlla il budget del Dipartimento e rappresenta lo stesso nelle fasi di negoziazione con la Direzione Generale.

Di seguito è riportata l'attuale suddivisione dipartimentale in base all'edificio ove essi sono collocati:

Edificio 1

- DAS di Clinica Medica
- DAS di Diagnostica per Immagini e Radioterapia
- DAS di Oncologia ed Endocrinologia Clinica

Edificio 2

- DAS di Medicina Interna, Geriatria, Patologia Cardiovascolare ed Immunitaria e Cardiologia

Edificio 3

- DAS di Medicina di Laboratorio

Edificio 4

- DAS di Medicina di Laboratorio

Edificio 5

- DAS di Chirurgia Generale, Toracica, Vascolare
- DAS di Clinico Assistenziale e Patologia Sistemica
- DAS di Emergenza Ostetrica e Ginecologia e Medicina della Riproduzione, Urologia

Edificio 6

- DAS di Chirurgia Generale e Geriatrica, Endoscopia Diagnostica ed operativa
- DAS di Clinica Medica

Edificio 7

- DAS di Chirurgia Generale Oncologica e Video assistita

Edificio 8

- DAS di Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva, Terapia Iperbarica, Terapia Antalgica

Edificio 9

- DAS di Clinico di Pediatria
- DAS di Emergenza Ostetrica e Ginecologica e Medicina della Riproduzione, Urologia
- DAS di Ginecologia, Ostetricia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana
- DAS di Patologia Clinica

Edificio 10

- DAS di Clinico Assistenziale Patologia Sistemica
- DAS di Diagnostica per Immagini e Radioterapia

Edificio 11

- DAS di Clinico di Pediatria
- DAS di Pediatria Generale e Specialistica
- DAS di Scienze Neurologiche

Edificio 12

- DAS di Chirurgia, Ortopedia, Traumatologia, Microchirurgia e Riabilitazione
- Direzione Sanitaria

Edificio 13

- DAS di Igiene ospedaliera, Medicina del Lavoro e di Comunità
- DAS di Neuroscienze e Comportamento
- DAS di Otorinolaringoiatria e Scienze Affini

Edificio 14

- DAS di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-facciale

Edificio 15

- DAS di Oftalmologia

Edificio 16

- DAS di Diagnostica per Immagini e Radioterapia

- DAS di Scienze Neurologiche

Edificio 17

- DAS di Neuroscienze e Comportamento
- DAS di Scienze Neurologiche

Edificio 18

- DAS di Malattie Infettive e Medicina Legale
- DAS di Medicina Interna, Geriatria, Patologia Cardiovascolare e Immunitaria e Cardiochirurgia

Edificio 19

- DAS di Igiene Ospedaliera, Medicina del Lavoro e di Comunità
- DAS di Neuroscienze e Comportamento
- DAS di Patologia Clinica
- Servizio Autonomo di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

L'organizzazione dei servizi sanitari su base dipartimentale persegue i seguenti obiettivi¹⁸:

- la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale, dei processi di coordinamento e di controllo della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo dipartimento, del rapporto tra Direzione generale e direzione delle singole strutture;
- la promozione del mantenimento e dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali, attraverso il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione/aggiornamento e ricerca;
- la gestione globale del caso clinico e degli aspetti sociosanitari a questo correlati, mediante la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali (PDTA) e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti.

Le funzioni assistenziali vengono assicurate attraverso i ricoveri ordinari a ciclo continuo, i ricoveri in regime di day-hospital e di day-surgery e le attività ambulatoriali,

¹⁸ Atto aziendale dell'A.O.U. Federico II, Aprile 2013, pp.[7-8]

in numerose branche dell'attività medico-chirurgica e odontostomatologica, ed in linea con la funzione di tipo ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione riconosciuta alla struttura.

L'AOU Federico II è dotata, inoltre, di un Servizio di Pronto Soccorso specialistico ostetrico-ginecologico ed attua, pertanto, ricoveri per emergenze o urgenze esclusivamente in ambito ostetrico-ginecologico.

Volendo riassumere le prestazioni assistenziali ed i servizi erogati dall'AOU "Federico II" in categorie, è possibile individuare:

- assistenza medica, infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica e riabilitativa, necessaria per risolvere i problemi di salute del paziente degente, compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica e scientifica delle singole strutture;
- interventi di soccorso per i pazienti d'interesse ostetrico-ginecologico in situazioni di urgenza ed emergenza medica, afferenti al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico;
- prestazioni di Day-Hospital;
- prestazioni di Day-Surgery;
- prestazioni ambulatoriali;
- analisi di laboratorio.

A seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale con deliberazione n° 198 del 20 maggio 2013, il modello organizzativo di riferimento per l'AOU è quello Dipartimentale ad Attività Integrata. Le unità organizzative che compongono la struttura aziendale sono suddivise in strutture complesse (UU.OO.CC.), almeno due per ogni DAI, strutture semplici a valenza dipartimentale (UU.OO.SS.DD.), strutture semplici afferenti a strutture complesse (UU.OO.SS.), centri interdipartimentali, incarichi di alta specializzazione (II.AA.SS.).

Le strutture organizzative sono articolazioni aziendali nelle quali si concentrano competenze professionali e risorse umane, tecnologiche e strumentali, finalizzate allo svolgimento di funzioni di:

- amministrazione
- programmazione
- produzione di prestazioni e servizi sanitari

Il processo di ristrutturazione organizzativa attuato dall'AOU "Federico II", in conformità con quanto previsto dal D.Lgs. 517/99, prospettante uno snellimento dell'organizzazione mediante l'aggregazione degli attuali DAS e DU (Dipartimenti Universitari), in circa quindici DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata), permetterà una volta implementata nella AOU, di assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca, e di garantire all'utente:

- 1) la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali;
- 2) un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
- 3) il livello più elevato di appropriatezza e tempestività delle cure, anche mediante l'integrazione con i processi di didattica e ricerca.

La gestione del Dipartimento, ai sensi dell'art. 17 bis del D. Lgs. 502/92 e sue modifiche e integrazioni, è affidata al Direttore di Dipartimento. Questi, nominato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore, è individuato tra i Direttori di struttura complessa afferenti al Dipartimento stesso. Il Direttore di Dipartimento garantisce il coordinamento delle attività di programmazione, realizzazione e monitoraggio delle attività dipartimentali, controlla il budget del Dipartimento e rappresenta lo stesso nelle fasi di negoziazione con la Direzione Generale.

I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) realizzano la mission delle Aziende integrate a livello "periferico" e l'aspetto centrale del loro funzionamento è costituito dal metodo della programmazione concertata/integrata degli obiettivi e delle attività assistenziali didattiche e di ricerca e delle risorse umane e materiali disponibili e le responsabilità dei professionisti circa il perseguimento di detti obiettivi integrati a prescindere dalla amministrazione di appartenenza; in base a simile definizione acquisita come vincolante, la adozione dei regolamenti di funzionamento dei DAI non presenta alcuna criticità, divenendo ininfluenti la titolarità e l'autonomia gestionale delle tre funzioni e preminente il loro armonico coordinamento, che è frutto dell'attività dell'intero Dipartimento e non tanto del singolo direttore; in relazione a ciò la funzione di direzione può essere svolta indifferentemente sia da personale ospedaliero che universitario, prevedendo in caso di direzione ospedaliera una specifica responsabilità ad un docente universitario per le attività di didattica e di ricerca; tutto ciò è realizzabile operativamente con:

- coincidenza di DAI e DU, con superamento dei DU in quanto i DAI ne assumono le funzioni compresa la relativa autonomia finanziaria e amministrativa;
- dimensionamento e aggregazione delle unità operative nei DAI sulla base di finalità sinergiche di assistenza didattica e ricerca, con importanza secondaria rivestita dalla dotazione in posti letto, che vanno aggregati in unità assistenziali dipartimentali e superamento delle singole unità operative, e prevalenza ai percorsi diagnostico-terapeutici e ai fabbisogni formativi del servizio sanitario nazionale.

I livelli di integrazione da raggiungere attraverso i DAI sono:

- di tipo organizzativo, in termini di ottimizzazione e razionalizzazione nell'uso delle risorse in condivisione;
- di tipo clinico in termini di omogeneizzazione dei comportamenti clinico assistenziali
- di tipo professionale, in termini di scambio di competenze ed esperienze tecnico-scientifiche, nonché della valenza economica, considerata in relazione alla congruità ed alla coerenza rispetto al volume di attività programmata.

L'organizzazione del DAI

L'organizzazione del DAI si basa sul Regolamento dei Dipartimenti ad attività integrate emanato dal Rettore, d'intesa con il Direttore Generale.

Il DAI rappresenta l'articolazione organizzativa fondamentale dell'Azienda e costituisce l'elemento di riferimento per l'attribuzione delle responsabilità e per l'allocazione, la gestione e l'utilizzazione delle risorse destinate alla realizzazione delle funzioni assistenziali necessarie per lo svolgimento delle attività istituzionali di didattica e di ricerca. L'attività dei DAI, a supporto degli obiettivi di miglioramento continuo delle attività integrate di ricerca, didattica, assistenza e razionalizzazione dell'uso delle risorse strutturali, strumentali, umane e materiali in dotazione, si concretizza nel processo di negoziazione del budget e nell'individuazione, in via preventiva, dei risultati programmati e attesi in un predeterminato e concordato periodo temporale e della relazione tra tali risultati e le risorse ritenute essenziali e indispensabili per conseguirli, anche mediante:

- la condivisione delle risorse stesse,

- il miglioramento delle modalità del loro consumo nei processi assistenziali
- lo snellimento e la razionalizzazione delle procedure operative.

I DAI sono tendenzialmente corrispondenti ai Dipartimenti Universitari (DU) e devono essere costituiti con l'integrazione di discipline assimilabili sia sul piano scientifico che assistenziale.

Tabella 1: corrispondenza DU (Dipartimenti Universitari) e DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata)

| DIPARTIMENTI UNIVERSITARI | DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA (DAI) |
|---|--|
| Università degli Studi di Napoli "Federico II" | Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" |
| Medicina Clinica e Chirurgia | 1. Gastroenterologia, Endocrinologia, Chirurgia |
| | 2. Medicina Clinica |
| Medicina Molecolare e Biotecnologie Mediche | 1. Medicina di laboratorio |
| | 2. Medicina trasfusionale |
| Neuroscienze e Scienze riproduttive ed Odontostomatologiche | 1. Testa-Collo |
| | 2. Neuroscienze Cliniche, Anestesiologiche e Farmacoutilizzazione |
| | 3. Ostetricia, Ginecologia, Urologia |
| Sanità Pubblica | 1. Igiene e Medicina del Lavoro e preventiva |
| | 2. Chirurgie specialistiche, nefrologia |
| Scienze Biomediche Avanzate | 1. Cardiologia, Cardiochirurgia ed emergenze cardiovascolari |
| | 2. Diagnostica Morfologica e funzionale, radioterapia, Medicina legale |
| Scienze Biomediche Traslazionali | 1. Pediatria |
| | 2. Medicina Interna, Patologia Clinica |

I DAI sono centri unitari di responsabilità e di costo in quanto devono garantire, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse, l'unitarietà della gestione e l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca.

I DAI istituiti con il nuovo atto aziendale nell'AOU Federico II sono i seguenti:

1. Testa-Collo
2. Neuroscienze Cliniche, Anestesiologia e Farmacoutilizzazione
3. Ostetricia, Ginecologia, Urologia
4. Gastroenterologia, Endocrinologia, Chirurgia
5. Medicina Clinica
6. Igiene e Medicina del Lavoro e preventiva
7. Chirurgie specialistiche, Nefrologia
8. Cardiologia, Cardiochirurgia ed emergenze cardiovascolari
9. Diagnostica morfologica e funzionale. Radioterapia, Medicina legale
10. Medicina di laboratorio
11. Medicina trasfusionale
12. Pediatria
13. Medicina interna, Patologia clinica

Non meno importante è la struttura organizzativa dell'apparato burocratico amministrativo. Infatti, per assicurare la razionale programmazione e gestione ed il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi operativi inerenti alle funzioni tecniche, amministrative e logistiche, è identificata la macro area delle attività amministrative, tecniche e logistiche che ricomprende le strutture organizzative amministrative e tecniche dell'Azienda. L'articolazione della macro area in strutture organizzative e la declaratoria delle funzioni è contenuta nel POFA aziendale.

La macro area tecnico-amministrativa, articolata al suo interno in strutture organizzative complesse, semplici e posizioni organizzative, assicura il corretto svolgimento delle funzioni di supporto amministrativo tecnico e logistico, favorendo il coordinamento e l'integrazione delle strutture in cui si articola. Nell'ambito della macro area, ai sensi del comma 2 dell'art. 4 del D.Lvo 165/2001, ai dirigenti spetta l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi, compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della

gestione e dei relativi risultati. La macro area assicura una funzione strumentale in favore di tutte le articolazioni organizzative aziendali¹⁹.

Attualmente, è possibile individuare le seguenti strutture dell'Azienda:

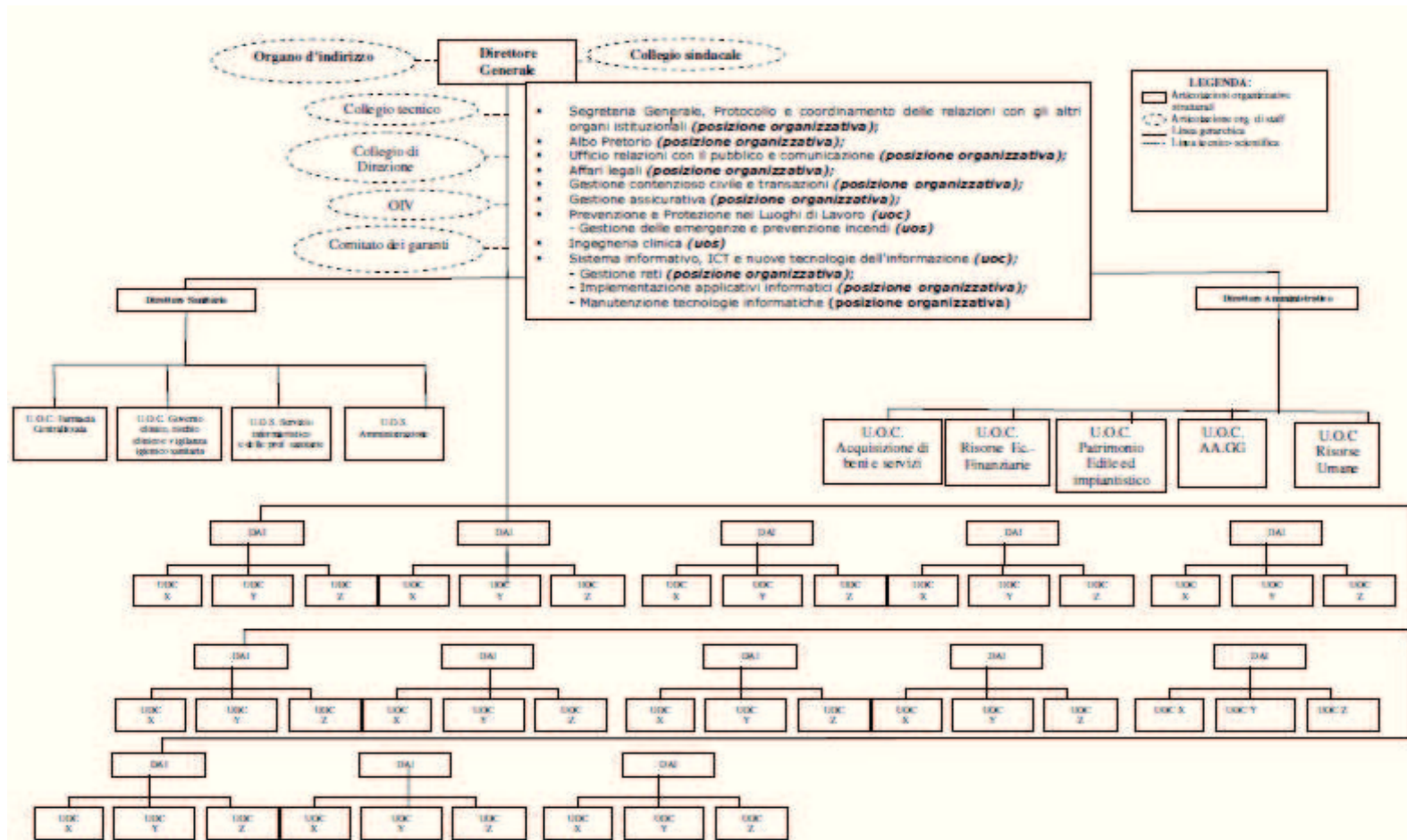
- ✓ Macrostrutture: Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa, Dipartimenti, Unità operative/organizzative a rilevanza dipartimentale,
- ✓ Strutture complesse: Unità operative/organizzative complesse;
- ✓ Strutture semplici: Unità operative/organizzative semplici;

ed è rinvenibile un modello organizzativo gerarchico-funzionale che, in linea con quanto disposto dal D. Lgs 502/92, è articolato in:

- la Direzione Aziendale (Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa) per l'esercizio di funzioni strategiche;
- la Tecnostruttura per l'esercizio di funzioni di staff (*Unità di supporto alla direzione aziendale*);
- il livello operativo per l'esercizio delle funzioni direttamente collegate alla erogazione dei servizi sanitari (Dipartimenti e altre Unità Operative Complesse e Semplici) (*Unità di line*).

¹⁹ Piano di organizzazione e funzionamento aziendale (POFA) allegato alla deliberazione n° 198 del 20 maggio 2013 dell'AOU Federico II.

Figura 9: la macro struttura organizzativa dell'AOU Federico II



Fonte: Atto Aziendale 2013

LA TECNOSTRUTTURA

La costituzione di una infrastruttura funzionale come sintesi operativa di tutte le risorse capaci di leggere, interpretare ed intervenire sull'organizzazione in funzione del governo del cambiamento è una necessità di tutte le organizzazioni complesse.

Essa è composta dall'insieme delle unità organizzative che costituiscono l'apparato tecnico – valutativo – amministrativo a servizio delle strutture dell'azienda.

Tale infrastruttura funzionale assume un ruolo “di servizio”, sia nei confronti della direzione aziendale sia verso i dipartimenti e le strutture produttive del livello operativo.

Essa rappresenta lo **Staff Strategico**, articolato in unità organizzative con funzioni tecnico-scientifiche-valutative e/o sanitarie con il compito di supportare l'Azienda nelle aree di attività che richiedono un elevato grado di specializzazione.

Le strutture di staff strategico sono:

- Segreteria Generale, Protocollo e coordinamento delle relazioni con gli altri organi istituzionali (posizione organizzativa);
- Albo Pretorio (posizione organizzativa);
- Ufficio relazioni con il pubblico e comunicazione (posizione organizzativa);
- Affari legali (posizione organizzativa);
- Gestione contenzioso civile e transazioni (posizione organizzativa);
- Gestione assicurativa (posizione organizzativa);
- Prevenzione e Protezione nei Luoghi di Lavoro (uoc)
 - Gestione delle emergenze e prevenzione incendi (uos)
- Ingegneria clinica (uos)
- Sistema informativo, ICT e nuove tecnologie dell'informazione (uoc);
 - Gestione reti (posizione organizzativa);
 - Implementazione applicativi informatici (posizione organizzativa);
 - Manutenzione tecnologie informatiche (posizione organizzativa).

E' rilevante notare che il Controllo interno di gestione non figura tra gli organi di staff, ma esso è una posizione organizzativa nell'ambito dell'Unità Operativa Complessa Gestione Affari Generali.

Le motivazioni alla base di tale scelta non sono note, ma si ritiene che in tal modo il Controllo di gestione, che svolge attività ad alta rilevanza strategica, venga in realtà sminuito nella sua importanza.

1.1.3 Le criticità correlate al cambiamento organizzativo: dai Dipartimenti Assistenziali (DAs) ai Dipartimenti Attività Integrata (DAI)

L'efficienza di un'organizzazione e nelle attività svolte è un concetto che ad oggi non assume più significato isolato, ma necessita di accompagnarsi con un'espressione più complessiva (olistica) dell'azienda.

Non si tratta più di valutare semplicemente l'efficienza in termini di produttività ma di valutare tutti gli elementi che concorrono a determinarla. Tra questi pare essere notevolmente rilevante la flessibilità dell'organizzazione nelle risposte al cambiamento, fattore competitivo determinante in contesto dinamico.

Il concetto di flessibilità non interessa solo la discussa flessibilità del lavoro ma, facendo riferimento al carattere olistico di un'organizzazione, interessa anche la *flessibilità strategica*, la *flessibilità organizzativa*, la *flessibilità produttiva* e la *flessibilità tecnologica*.

Parliamo, dunque, di capacità di rispondere al cambiamento e di rispondere velocemente allo stesso, caratteristica determinante per l'efficienza delle imprese pubbliche ed, in particolare, di quelle sanitarie per le quali la flessibilità si correla fortemente non solo ai bisogni socio sanitari emergenti e derivanti dagli stakeholder esterni ma anche dagli stakeholder interni alle aziende (dipartimenti assistenziali, strutture amministrative, servizi di supporto, ecc.). Inoltre dall'ambiente esterno derivano vincoli correlati al contesto economico e normativo anch'essi caratterizzati da forte turbolenza.

Un elemento decisivo della flessibilità è la capacità di rispondere velocemente al cambiamento cui si correla l'agilità organizzativa.

Nella pubblica amministrazione e, dunque, nelle aziende sanitarie, così come nell'AOU Federico II, manca questa velocità di risposta per diversi motivi:

- necessaria ed eccessiva burocrazia (occorrono atti, regolamenti, ecc.) che rallenta l'adozione di nuove soluzioni;
- resistenza culturale che in ambito sanitario ed in relazione all'introduzione di strumenti manageriali, si esprime notevolmente sia in relazione alla elevata età media

del personale non interessato a cambiare a utilizzare nuovi sistemi ecc., sia in relazione all'attagiamiento ostile dei clinici nei confronti di approcci di gestione manageriale;

- resistenze politiche, sindacali, legate al mantenimento di ruoli e poteri.

Sebbene, infatti, anche dal punto di vista normativo le aziende sanitarie pubbliche si stiano trasformando in luoghi di programmazione.

Partendo dalla certezza che le aziende sanitarie, ed ancor più quelle sanitarie pubbliche, sono caratterizzate da forte complessità che si correla sempre più ad una forte specializzazione nelle competenze e conoscenze e differenziazione nei processi interni con generazione di interdipendenza. Altri fattori di complessità sono l'autonomia professionale, il policentrismo decisionale, sebbene ad oggi il sistema pare essere proiettato sul benessere complessivo del paziente con l'affermarsi di nuove esigenze organizzative e gestionali.

Tra gli elementi di complessità la natura delle conoscenze in gran parte tacite e legate all'esperienza professionale e trasferita tacitamente per cui si richiedono meccanismi di coordinamento in grado di trasferirla.

L'adozione di una nuova organizzazione, comporta necessariamente dei cambiamenti nei meccanismi operativi di un'azienda.

Nell'AOU Federico II tali cambiamenti sono ancora in corso e sono relativi a:

- sistema controllo di gestione, con la definizione del nuovo piano dei centri di rilevazione;
- sistema informativo, con adeguamento della struttura di tutti gli applicativi in modo da renderla coerente con la struttura organizzativa aziendale
- sistema di gestione del personale, con l'assegnazione di tutte le unità di personale ai nuovi Dipartimenti ed alle Unità Operative.

Tali cambiamenti hanno determinato conseguenze sul processo di budget in termini di tempo richiesto per il suo avvio e di quantità di dati disponibili.

Infatti, il processo avviato nel 2011 ha subito rallentamenti in seguito alla nomina ed insediamento dei nuovi vertici aziendali nel 2012 e successivamente, nel 2013, ha risentito del lento adeguamento dei sistemi informativi aziendali alla nuova struttura organizzativa determinando impossibilità di disporre di molti dati economico quantitativi ed incertezza sulla loro attendibilità laddove disponibili.

2.2 Un'importante fattore critico all'interno dell'AOU Federico II: l'architettura e gli strumenti del Sistema di Controllo di Gestione

2.2.1 Premessa

La possibilità di esercitare compiutamente una funzione di governo sul sistema sanitario, presuppone l'esistenza di sistemi e strumenti in grado di fornire un quadro conoscitivo globale dei risultati conseguiti e, quindi, oltre che sul piano economico, anche su quello della capacità di assicurare i livelli essenziali di assistenza e la qualità dei servizi offerti.

Dopo aver analizzato, nel capitolo 1 della sezione I, il processo di controllo direzionale, delle sue finalità e strumenti, e nel capitolo 2 della sezione I, il processo di budget quale parte integrante del controllo direzionale delineando gli aspetti di una sua applicazione in ambito sanitario, con particolare riferimento ai dettami della Regione Campania, questo capitolo propone un sintetico quadro di riferimento sullo stato dell'arte del sistema di controllo di gestione nell'AOU Federico II.

Nel capitolo 1 della sezione I, si è detto che obiettivo del Controllo di Gestione è quello di supportare la Direzione Aziendale e l'intera organizzazione, nella gestione dell'intero processo di programmazione e controllo, nelle diverse fasi in cui esso si articola e che vanno dalla predisposizione del piano strategico triennale, predisposizione delle proposte di budget, progettazione ed implementazione del sistema di reporting, analisi degli scostamenti, alle valutazioni di efficienza, efficacia ed economicità.

L'impianto complessivo del sistema di controllo di gestione deve essere caratterizzato da una scelta di fondo: realizzare una effettiva integrazione delle diverse componenti che operano all'interno dell'azienda sanitaria, superando la tendenza, purtroppo, così diffusa nelle amministrazioni pubbliche, alla verticalizzazione dei processi, alla

compartimentalizzazione degli interventi. Questa integrazione appare preconditione affinché il sistema di controllo direzionale espliciti tutte le potenzialità in esso insite, valorizzando in modo ottimale tutte le competenze, le intuizioni, le sensibilità di cui l'azienda al suo interno dispone.

Molte aziende sanitarie, hanno previsto l'istituzione di uno specifico "ufficio di staff", peraltro ora resa obbligatoria, dettato del recente Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n.286, un ufficio cioè che utilizzi persone e strumenti allo scopo di raccogliere, archiviare, elaborare e valutare tutte le informazioni necessarie al processo decisionale dell'Azienda.

Lo stesso D. Lgs. 286/1999, all'art. 4 fissa con precisione il "disegno" del controllo di gestione, cioè cosa ciascuna amministrazione deve definire. In particolare:

- l'ufficio o gli uffici responsabili del controllo, cioè della sua progettazione e del suo esercizio;
- la determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e le modalità di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono stati sostenuti;
- gli indicatori specifici per misurare efficienza, efficacia ed economicità;
- la frequenza di rilevazione delle informazioni.

Si rileva, dunque, che il controllo di gestione è composto di un elemento contabile (attraverso una contabilità per centri di costo) e di un elemento organizzativo che si sostanzia in analisi dei comportamenti e dei risultati. Pertanto, è un controllo di tipo analitico teso ad accertare, anche, l'adeguatezza della struttura organizzativa e la coerenza nel comportamento.

Qualunque sia il sistema di controllo realizzato va detto che lo stesso - va incentrato sui risultati registrati dall'organizzazione e sul rapporto degli stessi con le risorse utilizzate per conseguirli;

- deve servire a rimodellare l'organizzazione nonché i comportamenti dei soggetti maggiormente coinvolti nei processi decisionali ed operativi;
- deve avere la capacità di coinvolgere tutti gli operatori di cui l'organizzazione si avvale.

Infine, un'indicazione precisa deriva dalle Linee Guida della Regione Campania sui Principi e criteri di organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali²⁰, oltre a prevedere un richiamo al D.Lgs. 286/99, sulle diverse forme di controllo, dispongono che “Ai fini del controllo di gestione, l'Azienda definisce:

- a) la/e struttura/e responsabile/i della progettazione e della gestione del controllo di gestione;
- b) le strutture a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- c) le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- d) l'insieme dei prodotti e delle finalità delle singole strutture;
- e) le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le strutture e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- f) gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- g) la frequenza di rilevazione delle informazioni”.

Alla luce di quanto appena esposto, di quanto già detto e sulla base delle informazioni rese disponibili dalle varie fonti, nel seguito ci soffermeremo su una descrizione dello stato dell'arte del Controllo di Gestione nella AOU Federico II, ponendo attenzione anche alle funzioni e competenze attualmente presenti, individuando gli aspetti critici sui quali si ritiene opportuno intervenire allo scopo di migliorare il servizio in termini, soprattutto, di efficacia ed appropriatezza delle informazioni.

2.2.2 L'architettura del Sistema di Controllo di Gestione

L'architettura del Controllo di Gestione, in generale, prevede che sia definita la struttura dei centri di rilevazione e di responsabilità. Le responsabilità vengono assegnate attraverso la scomposizione degli obiettivi aziendali in sub obiettivi, tenendo conto del sistema di autorità e responsabilità adottato dall'azienda (variabile organizzazione) e della mission assegnata a ciascun centro (variabile strategia).

²⁰ Delibera del 30 marzo 2001, n. 1364. “Principi e criteri direttivi. Ai sensi dell'art. 3, comma 1 bis del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, per l'adozione da parte delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie locali dell'atto aziendale concernente l'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda stessa”. Regione Campania . Allegato 1 e 2.

Una delle principali cause del mancato raggiungimento degli obiettivi aziendali è riconducibile all'incongruenza tra il sistema di controllo e la struttura organizzativa e nella corrispondente errata definizione e assegnazione delle responsabilità (Coda, 1973). Affinché il sistema di controllo di gestione espliciti appieno le sue funzioni di guida, di responsabilizzazione verso obiettivi di efficienza ed efficacia è necessario che si determinino alcuni presupposti:

- coerenza tra obiettivi aziendali, struttura organizzativa e struttura del controllo, allo scopo di minimizzare eventuali disarmonie e contraddizioni;
- definizione del ruolo delle competenze individuali sia nella fase di progettazione che in quella di implementazione;
- l'importanza del fattore motivazionale;
- la valutazione delle performance, sulla base di appositi indicatori prestazionali.

Più in generale, la progettazione della struttura organizzativa relativa al processo di controllo di gestione, deve tener conto dei seguenti quattro aspetti:

1) profondità ovvero la dimensione e le caratteristiche dei centri di responsabilità economica e l'identificazione dei loro responsabili, in armonia con il grado di delega effettiva attribuita loro nella struttura organizzativa di base.

2) orientamento ovvero la congruenza tra risultati e responsabilità relativi ai centri di responsabilità e gli obiettivi strategici dell'Azienda;

3) integrazione ovvero il grado di congruenza tra la struttura organizzativa di base dell'Azienda (organigramma) e la struttura organizzativa prevista per la gestione del processo di controllo di gestione.

4) rilevanza specifica ovvero la stretta coerenza che deve esistere tra compiti organizzativi, tipo di responsabilità economica assegnati (di costo, di ricavo, di profitto, di investimento) e leve decisionali individuali effettivamente a disposizione.

Alla luce di questi quattro aspetti, occorre identificare gli opportuni mutui "aggiustamenti" tra la struttura organizzativa di base e quella prevista per la gestione del processo di controllo di gestione, prestando particolare attenzione a:

- evitare l'attribuzione di responsabilità gestionali, senza che siano chiaramente definiti gli obiettivi da conseguire e le metodologie di supporto al monitoraggio dei risultati di periodo;
- non riempire i "vuoti" della struttura organizzativa per la gestione del processo di controllo di gestione con unità organizzative previste dall'organigramma di base

ma non dotate di tutte le competenze necessarie per una efficace implementazione del processo di controllo;

- evitare di assegnare “sulla carta” compiti e responsabilità non adeguati a preparazione, esperienza e competenze richieste.

Figura 10: Schema di assegnazione responsabilità



Il principio da seguire nell’assegnazione delle responsabilità è il *principio della controllabilità*, in base al quale la responsabilizzazione avviene in relazione ai risultati che il soggetto responsabile è in grado di influenzare, con le proprie leve decisionali e risorse. In realtà, è possibile assegnare ai responsabili obiettivi su risultati non direttamente controllabili, o controllabili in modo parziale. Ad esempio, il Responsabile del Servizio Formazione non può incidere sui prezzi dei materiali impiegati nelle attività pertanto non dovrebbe essere loro assegnato un indicatore che includa anche la variabile. Tuttavia, potrebbe essere positivo includerla, perché il Responsabile scoprirebbe che si possono stipulare con i fornitori contratti di acquisto di lungo termine a prezzo fisso.

Dunque, la struttura del controllo esercita influenze su tutti gli output, quali:

- l’efficienza direzionale, cioè sulla capacità di gestire, poiché fornisce una metodologia sia per valutare le attività, sia per valutare le prestazioni;
- la motivazione, che spinge i manager a svolgere una certa azione o a perseguire un obiettivo. Essa rinforza il sistema di controllo attraverso l’interiorizzazione degli obiettivi prestabiliti
- il clima organizzativo: il coinvolgimento all’interno dell’organizzazione può ridurre la pressione ed aumentare la soddisfazione.

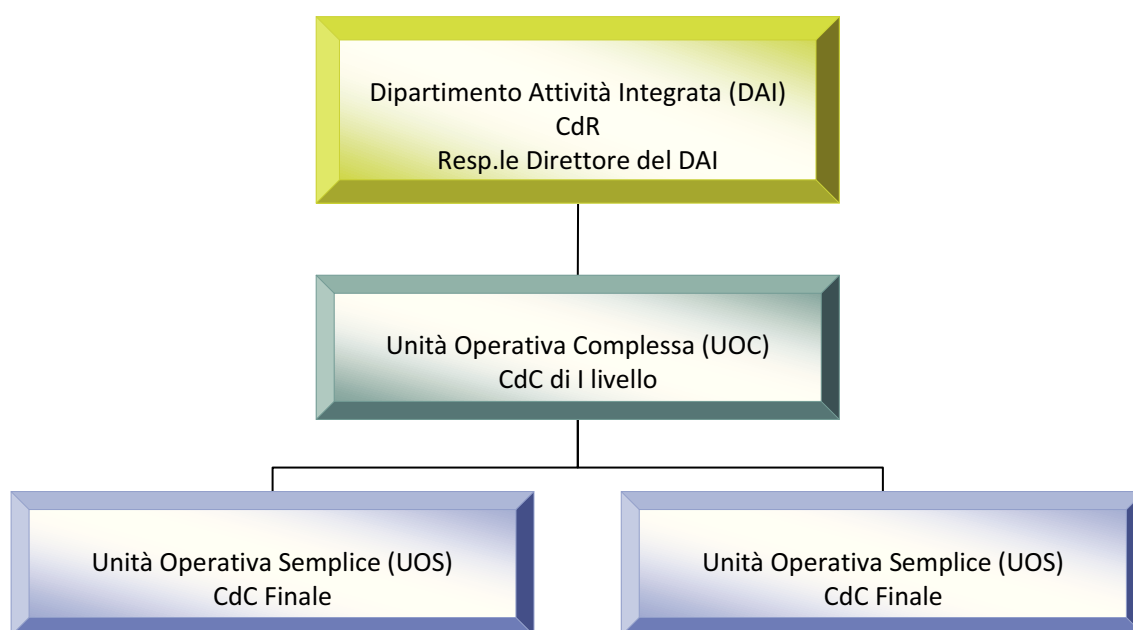
Si comprende come il Controllo di Gestione non è prerogativa dei vertici, ma interagisce anche con la struttura tecnico-contabile e con il processo.

Dall'analisi svolta, si ritiene che per l'AOU Federico II possa identificarsi una struttura dei Centri di Rilevazione articolata su tre livelli gerarchici:

1. Centro di Responsabilità
2. Centro di Costo di I livello
3. Centro di Costo Finale

Così ad esempio, per un Dipartimento l'articolazione sarà la seguente:

Figura 11: Esempio architettura Sistema di Controllo di Gestione



Nell'AOU Federico II, il Direttore generale attribuisce l'autonomia finanziaria della gestione budgetaria ai centri di responsabilità, individuati nei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), per conseguire la funzionalità e l'efficienza della gestione; individua inoltre il responsabile di ciascun centro di responsabilità che risponde dell'attività e dei servizi svolti nonché dei relativi risultati, del budget eventualmente attribuito e della relativa gestione, nonché della tenuta dei beni inventariati assegnati.

Sono centri di costo le articolazioni organizzative dove rilevare costi, risorse attribuite e attività svolte; essi sono sotto ordinati rispetto ai centri di responsabilità e rappresentano esclusivamente il riferimento metodologico adeguato per consentire al responsabile del centro di responsabilità di avere piena e consapevole visibilità dell'articolazione del consumo delle risorse e delle attività erogate all'interno della propria sfera di responsabilità.

Il direttore generale definisce l'elenco dei centri di costo che debbono far capo a ciascun centro di responsabilità²¹.

Attualmente, nell'ambito dell'AOU Federico II è possibile individuare n. 14 centri di responsabilità: sono istituiti 13 centri di responsabilità corrispondenti ai DAI i quali detengono la responsabilità sul budget loro assegnato e, quindi, sull'efficiente impiego delle risorse ed sull'efficacia delle azioni svolte dai centri di costo che da essi dipendono. E' consigliabile l'estensione dell'istituzione presso ogni DAI, di un'unità di Controllo di Gestione, preposta a coordinare i flussi informativi tra i centri di costo interni alla struttura stessa e tra quest'ultima e il controllo di gestione centrale. Non sono, invece, definiti centri di responsabilità in relazione all'apparato organizzativo amministrativo, per cui si ritiene di poter individuare quale centro di responsabilità la Direzione Strategica.

Dall'analisi dell'Atto Aziendale e del Piano di Funzionamento e Organizzazione Aziendale, sono state individuate le seguenti figure professionali che hanno diretta responsabilità nel processo di Controllo di Gestione:

1. Direttore Generale
2. Direttore Sanitario
3. Direttore Amministrativo
4. Responsabile unità organizzativa Controllo di Gestione.
5. Responsabile di Dipartimento

²¹ A seguito dell'istituzione dei DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata) con Deliberazione n. 453/2013 non è ancora stato definito il Piano dei Centri di Rilevazione, per cui non sono stati ancora individuati i centri di costo. Con la precedente organizzazione in DAs (Dipartimenti Assistenziali) i centri di costo erano corrispondenti alle Aree Funzionali all'interno dei Dipartimenti.

Nel seguito si **riporta**, per ciascuna delle figure professionali sopra richiamate, una sintetica descrizione delle responsabilità e delle competenze riconducibili al processo di controllo di gestione.

DIRETTORE GENERALE

Al Direttore Generale, legale rappresentante dell'Azienda, competono tutti i poteri finalizzati a supportare, in totale autonomia, la vita dell'Azienda e diretti ad orientare le attività organizzative, amministrative, patrimoniali, contabili, gestionali e tecniche.

E' responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione degli obiettivi e dei programmi e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria.

E' responsabile delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo e strategico dell'Azienda che si esercitano attraverso la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare e verificando la rispondenza dei risultati dell'attività e della gestione agli indirizzi impartiti (cfr. Atto Aziendale).

DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario sovrintende ai servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari secondo le modalità proprie dell'”indirizzo/controllo” sui comportamenti dei dirigenti specificamente preposti, con particolare riferimento alle tematiche della qualità e appropriatezza della performance assistenziale e dei percorsi assistenziali, della continuità dell'assistenza, della valutazione, della sperimentazione della ricerca e della formazione, della progettazione delle strutture sanitarie, dell'aggiornamento delle tecnologie.

Il Direttore Sanitario è responsabile del governo clinico dell'Azienda in relazione alla qualità e all'efficienza tecnica della produzione di prestazioni, sia alla distribuzione dei servizi, attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in servizi o in programmi di assistenza, orientati al singolo o alla collettività.

Il Direttore Sanitario partecipa al processo di pianificazione strategica (cfr. Atto Aziendale).

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale coadiuvando, in particolare, il direttore generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale.

Al Direttore Amministrativo compete:

- presiedere alla funzione di governo economico-finanziario aziendale in modo da garantire l'efficienza e lo sviluppo dei servizi informativi, sia consuntivi sia revisionali, necessari a permettere la rappresentazione economica e finanziaria dell'attività aziendale secondo i principi della correttezza, completezza e trasparenza;
- presiedere alla gestione giuridico-economica delle risorse umane;
- sovrintendere all'acquisizione delle risorse finanziarie, umane e strumentali, definendo gli orientamenti operativi delle UU.OO di tipo tecnico ed amministrativo ed assicurandone il coordinamento e l'integrazione;
- garantire la qualità delle procedure organizzative di natura tecnica e logistica, assicurando il corretto assolvimento di dette funzioni di supporto e perseguendo l'integrazione delle strutture organizzative a tal fine preposte (cfr. Atto Aziendale).

RESPONSABILE UNITA' ORGANIZZATIVA CONTROLLO DI GESTIONE

Al Controllo di gestione è affidata la verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa e dell'utilizzo delle risorse. La funzione di controllo di gestione serve a supportare il sistema di valutazione dei dirigenti ed a sostenere i responsabili di struttura nella loro attività gestionale. (cfr. Atto Aziendale).

Si può ben ritenere, inoltre, che il Responsabile dell'Unità Organizzativa Controllo di Gestione effettua un monitoraggio delle attività per verificare che le strategie individuate dall'Azienda siano attuate in modo efficace ed efficiente per il raggiungimento degli obiettivi assegnati. In particolare:

- Definisce, d'intesa con il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, le modalità e gli strumenti operativi per la misurazione periodica dei risultati (in termini di efficacia e di efficienza).
- Definisce, d'intesa con il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, modalità e frequenza di reporting.

- Sulla base dei reporting pervenuti, analizza gli scostamenti e predispone gli interventi correttivi, d'intesa con il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo.
- Comunica la necessità degli interventi correttivi ai Responsabili dei Centri di Responsabilità.
- Definisce e programma, d'intesa con il Direttore Generale, con il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, gli interventi correttivi e li comunica ai Responsabili dei Centri di Responsabilità.

RESPONSABILE DI DIPARTIMENTO

Il Direttore di Dipartimento garantisce il coordinamento delle attività di programmazione, realizzazione e monitoraggio delle attività dipartimentali, controlla il budget del Dipartimento e rappresenta lo stesso nelle fasi di negoziazione con la Direzione Generale (cfr. Atto Aziendale).

2.2.3 Gli strumenti del Sistema di Controllo di Gestione

Come già detto nella sezione I, esistono alcuni elementi e strumenti fondamentali per un efficace ed efficiente controllo di gestione e che, quindi, rappresentano aspetti critici, soprattutto, se problematici. Essi sono:

- la contabilità analitica
- le procedure organizzative di supporto al sistema di controllo di gestione
- il sistema informativo
- il sistema di budgeting e di reporting

La contabilità analitica

La contabilità analitica è uno degli strumenti irrinunciabili per l'implementazione di un sistema di controllo di gestione in quanto soddisfa esigenze informative in relazione a fenomeni economici riferiti a specifici segmenti dell'organizzazione (centri di costo e

responsabilità) o a specifici servizi offerti al cliente. Essa offre supporto al management dell'azienda attraverso la predisposizione di analisi contabili che evidenziano il consumo di risorse da parte di singole unità organizzative in relazione a specifiche attività e ad un arco temporale definito.

La Contabilità Analitica (Co.An.), la quale fornisce informazioni fondamentali per l'attuazione del ciclo del controllo, ma in ogni caso non sarebbe possibile implementare un Sistema di Co.An., senza la struttura di base sulla quale si articola e cioè il sistema del controllo di gestione. Nell'AOU Federico II, nonostante vi siano stati importanti sviluppi dei sistemi informativi, essi non consentono ancora di pervenire ad un completo impianto della contabilità analitica, anche a causa delle continue necessità di rivederne la struttura per adeguarla ai cambiamenti organizzativi in atto dal 2011. Ciò rappresenta, chiaramente, un ostacolo all'evoluzione del controllo di gestione.

Attualmente, è in via di progettazione il nuovo piano dei centri di rilevazione, che prevede una contabilità per centri di responsabilità e centri di costo.

Le procedure organizzative di supporto al Sistema di Controllo di Gestione

Come già più volte sottolineato, il buon funzionamento del SCG di una qualunque organizzazione non può prescindere dall'esistenza di una serie di procedure formalizzate che garantiscano, oltre all'efficacia organizzativa in senso lato, la fluidità dei flussi informativi all'interno della struttura.

Nell'AOU Federico II pur essendo presente una struttura organizzativa e una serie di procedure appena necessarie alla sopravvivenza dell'azienda, è stata rilevata l'assenza di alcune procedure cardine per l'implementazione di un sistema di controllo di gestione, di procedure formalizzate scaturenti dalla mappatura dei processi e, quindi, da un'analisi dei flussi informativi prodotti dai vari sottosistemi aziendali.

L'assenza di tali procedure inficia la possibilità di implementare la contabilità analitica e, dunque, la possibilità di avviare un processo di budgeting e di consuntivazione in linea con i principi del controllo di gestione.

E', attualmente, in corso l'adozione del Regolamento del Controllo Interno che prevede la mappatura dei seguenti processi aziendali: ciclo attivo, ciclo passivo, ciclo magazzino, ciclo ospiti, ciclo personale, ciclo planning, budget e reporting.

Tali processi sono descritti e strutturati in flow chart secondo gli schemi previsti dai DCA Regione Campania n.14/2009 e n. 60/2011.

Il sistema informativo nell'AOU Federico II

Per soddisfare le esigenze di gestione di un'azienda il Sistema Informativo deve essere utile (le informazioni devono essere “orientate”) e flessibile (capace di adattarsi tempestivamente ai cambiamenti), che si adatti alla struttura del centro di responsabilità.

Di seguito porremo una particolare attenzione agli sviluppi dei sistemi informativi nell'AOU Federico II, allo scopo di meglio comprendere il ruolo che gli stessi hanno avuto nell'implementazione del Processo di Budget.

La necessità di avere queste informazioni, deriva dall'obbligatorietà delle strutture sanitarie di adempiere ad alcuni obblighi nazionali. Lo scopo, infatti, è quello di una condivisione di quote informative a più livelli: ASL, AO, Regioni e Ministeri.

Nell'A.O.U. Federico II, la riorganizzazione dei flussi informativi è fondamentale per conoscere e governare l'Azienda in tutti i suoi aspetti e per il reperimento di tutte le informazioni, sia dal punto di vista logistico, che informatico.

gli aspetti potenziali, ossia la possibilità da parte dell'Azienda di sfruttare al meglio gli strumenti che si hanno a disposizione. Inoltre, con queste analisi sono emerse alcune lacune, su cui è stato indispensabile apportare dei correttivi²²:

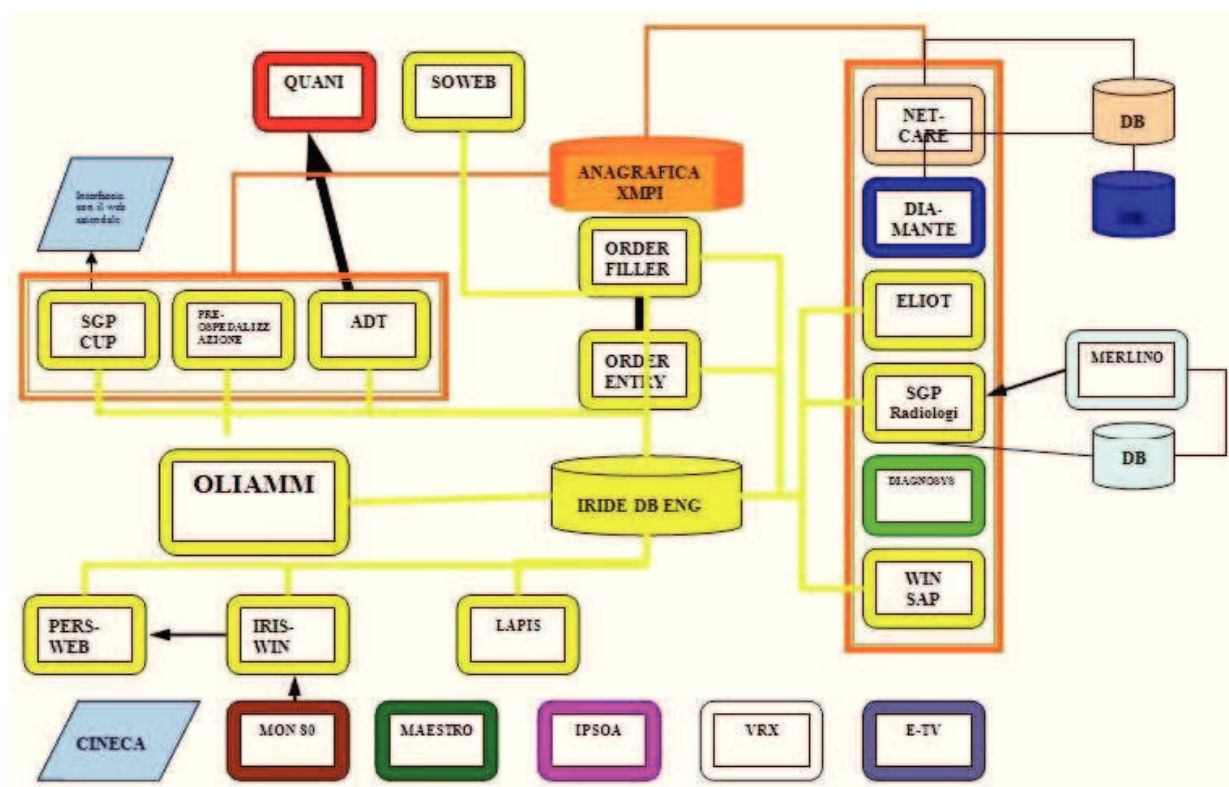
Lo studio dei flussi ha portato a constatare che gli applicativi di gestione utilizzati nelle varie aree analizzate erano progettati, fino al 2010, in modo tale che ogni programma conosceva solo l'organizzazione del flusso informativo di interesse: da ciò derivava la frammentazione, il disallineamento, le ridondanze e le disarmonie del patrimonio dei dati.

Pertanto, è nata una nuova esigenza, ossia quella di costruire un sistema che non creasse nuove o ridondanti informazioni, ma che fosse la sintesi dei dati e l'integrazione delle informazioni esistenti.

Dunque, si richiedeva un sistema semplice ed efficace che potesse analizzare un numero elevato di informazioni sparse in diversi domini, che potesse permettere il confronto tra i vari risultati conseguiti che ogni settore potesse certificare i dati raccolti controllandone la loro validità.

²² Ibidem, pp.[22-24]

Figura 12: Il sistema informativo aziendale prima dell'anno 2010



Fonte: AOU Federico II di Napoli – Controllo di gestione

Allo scopo di ottimizzare la gestione dei flussi e renderli funzionali alle attività della Direzione Strategica, a partire dal 2010 si è avviata la progettazione del Datawarehouse, attivato nel novembre del 2010.

Un Datawarehouse non comporta l'inserimento di nuove informazioni, bensì la riorganizzazione dei dati e delle informazioni esistenti: pertanto, nel caso specifico dell'AOU, si è trattato di riorganizzare quelle ottenute dalla mappatura e dalla ricognizione dei flussi informativi del precedente paragrafo.

La scelta di realizzazione del Datawarehouse è stata strettamente legata ai seguenti obiettivi generali:

- Conservare i dati in un unico schema, prescindendo dal formato originario, garantendone la coerenza e facilitandone la confrontabilità e l'interrogabilità;
- Trasformare i dati in informazioni *rapide, complete ed efficaci* utili al controllo direzionale sulla base delle quali prendere migliori decisioni operative e strategiche;

- Definire formalmente le esigenze di estrazione ed analisi dei dati, aggregandoli secondo livelli di significatività diversi e dunque con la possibilità di personalizzare il livello di analiticità del dato;
- Offrire una completa storicizzazione e sincronizzazione dei dati;
- Consentire l'analisi sull'appropriatezza e la qualità delle prestazioni;
- Fornire dati affidabili per interventi di razionalizzazione e controllo della spesa;
- Costruire un sistema di valutazione delle performance.

Il Datawarehouse ha consentito all'azienda diversi vantaggi in termini di:

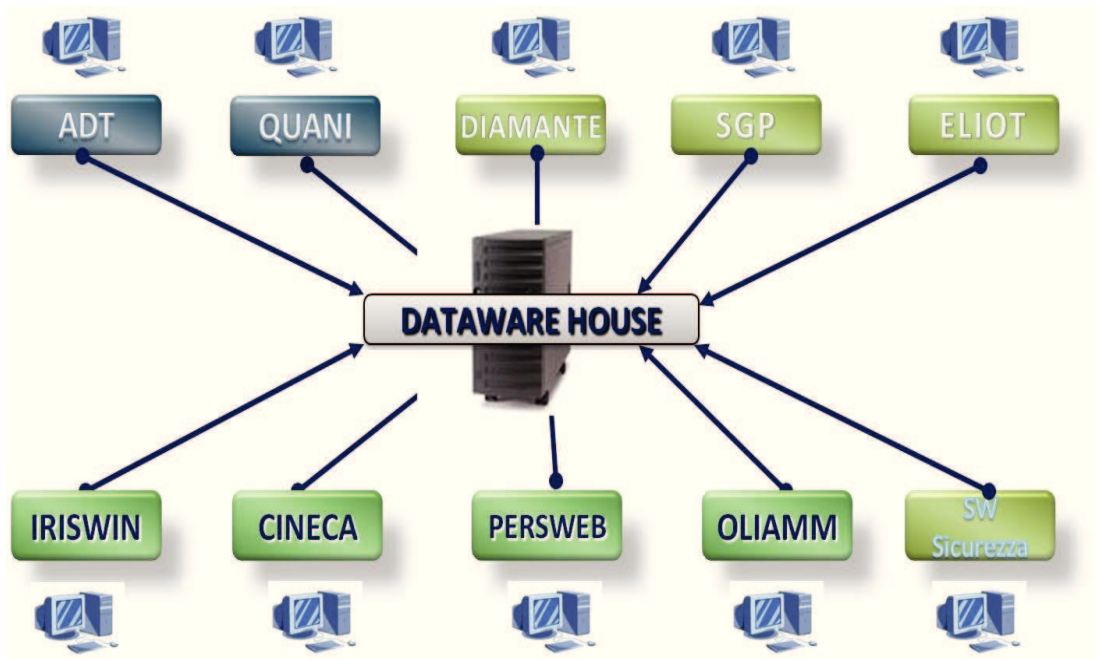
- Trasformazione dei dati in informazioni disponibili nello stesso ambiente ed utili a dare una visione globale e rapida dell'andamento aziendale. Le informazioni sono disponibili anche in forma dettagliata.
- Disponibilità di informazioni giuste al momento giusto. Il Datawarehouse consente di ridurre il tempo necessario al reperimento delle informazioni necessarie a prendere le decisioni.

Il sistema informativo aziendale è tutt'oggi in fase di perfezionamento, fase che probabilmente avrà una durata indefinita, visto che l'adeguamento dei sistemi è fortemente influenzato dai continui cambiamenti organizzati in atto ormai da più di dieci anni.

Nell'AOU Federico II si riscontrano alcune criticità relative ai sistemi informativi e al Datawarehouse:

- esistono diverse fonti di dati caratterizzate da un'integrazione non completa. Di fatto, spesso si trovano delle discordanze nella codifica delle stesse informazioni.
- il sistema deve essere opportunamente collaudato e necessita, pertanto, di revisioni continue al fine di allineare i dati contenuti nel Datawarehouse con quelli dei sistemi sorgente.
- sebbene siano presenti adeguate competenze, esso in alcuni casi non risulta efficace a causa dell'impiego parziale di strumenti informatici da parte delle diverse strutture amministrative e cliniche, per cui le informazioni possono non essere tempestive (in tempo utile) ed integrate (disponibilità di informazioni complementari provenienti da diversi sottosistemi).

Figura 13: Il sistema informativo aziendale oggi



Fonte: AOU Federico II di Napoli – Controllo di gestione

Il sistema di budgeting e di reporting

Come già detto, il processo del controllo ha origine nella pianificazione strategica, in cui sono definiti gli obiettivi di lungo periodo che l'azienda intende perseguire; tali obiettivi devono essere poi tradotti in programmi operativi di breve periodo, che rappresentano la definizione delle attività da compiere e delle risorse necessarie a garantire il mantenimento dei livelli di attività previste.

Lo strumento attraverso cui vengono formulati gli obiettivi e le risorse operative è il budget; il budget è uno strumento di programmazione della gestione d'impresa e le informazioni per la sua redazione provengono prevalentemente dalla contabilità generale e da quella analitica.

Nell'AOU Federico II è possibile individuare tre livelli di definizione di un budget: il livello strategico, di competenza dell'azienda, dell'università e della regione, il livello direzionale, di competenza della direzione generale dell'azienda e il livello operativo, che compete ai centri di responsabilità dell'azienda.

In ciascuno dei tre casi sopra delineati il budget ha lo scopo di creare un raccordo tra risorse e attività, fornendo anche una correlazione, in termini quantitativi, tra risorse e risultati; gli obiettivi rappresentati nel budget traggono origine da una programmazione direzionale, ma sono poi calati nella realtà operativa grazie ad un processo di negoziazione tra direzione e responsabili dei centri di responsabilità e sono suscettibili di periodiche revisioni sulla base dei risultati intermedi.

Il budget fornisce la base per impostare le analisi realizzate dai responsabili del controllo di gestione dell'azienda: una volta fissati i target nel budget e raccolti i dati consuntivi relativi all'attività delle unità organizzative, si realizza l'analisi degli scostamenti dei dati consuntivi, rispetto al budget ed è possibile chiudere il ciclo del controllo.

Il processo di budget nell'AOU Federico II, attualmente risente del cambiamento organizzativo e del conseguente adeguamento, ancora in corso, di tutti i sistemi informativi e del piano dei centri di rilevazione. Dunque, ad oggi, esso non riesce ad affermarsi secondo un processo articolato e coerente con le attività svolte, sia per l'assenza della contabilità analitica e, quindi, del flusso di informazioni di costo, di ricavo, di consumi, che da essa scaturisce, sia per le carenze del Sistema Informativo, il quale non presenta una diffusione informatizzata che coinvolga l'intera Azienda; inoltre, l'attuale assegnazione delle risorse, a causa della scarsa conoscenza circa le attività svolte da ciascun DAI, è fondata unicamente sul dato storico-contabile in prima istanza e, successivamente, in sede di negoziazione rivista in relazione alle informazioni fornite dai Responsabili dei DAI, sull'andamento delle attività, ma senza la formalizzazione in report periodici.

Premesso, che si dirà in maniera più approfondita del processo di budget nell'ambito del capitolo dedicato alla ricerca, qui è necessario comunque fare un richiamo all'importanza che riveste, al suo interno, il sistema di reporting.

Infatti, l'implementazione del sistema di reporting si ricollega a quello che è l'effettivo avvio del processo di budget il quale risente fortemente ed in maniera negativa dell'assenza di un sistema di Contabilità Analitica in grado di fornire informazioni economiche-quantitative, mediante le quali si calcolano i costi ed i ricavi di particolari oggetti, individuabili all'interno del sistema azienda, e i risultati economici.

A partire dal 2010, la direzione strategica ha pianificato un articolato sistema di reporting per condividere, con i responsabili dei Dipartimenti Assistenziali e dei Servizi centrali, informazioni relative all'andamento delle attività svolte e supportare in tal modo le decisioni strategiche aziendali. Tale condivisione ha comportato l'avvio di un processo di responsabilizzazione degli operatori verso il raggiungimento efficiente degli obiettivi aziendali.

L'attività di reportistica è stata introdotta in un sistema che, fino alla sua immissione, non aveva mai visto concretizzarsi in un corpus unico i processi informativi - organizzativi esistenti. Tale attività è svolta dal Controllo Interno di Gestione il quale:

- elabora le informazioni provenienti dalla contabilità analitica e dalla contabilità generale, aggiungendo ad esse quelle provenienti dal “sistema informativo sanitario” relative alla produzione delle prestazioni;
- elabora prospetti di variabili elementari e sviluppa gli indicatori che evidenzino i livelli di raggiungimento degli obiettivi pianificati;
- elabora e fornisce trimestralmente i report programmati;
- raccoglie ed elabora le informazioni necessarie per la definizione dei costi di attività non finanziate a prestazione per il relativo rimborso regionale;
- predispone all'occorrenza analisi di dettaglio non routinarie per interlocutori interni ed esterni.

Nel corso dell'anno 2011 si è resa possibile la visualizzazione dei report non solo alla Direzione Aziendale ma anche ai Dipartimenti e Servizi dell'AOU: il report viene pubblicato sull'intranet aziendale, permettendo ai Direttori dei Dipartimenti Assistenziali – forniti di una user name e di una password – di accedere dalla loro postazione alla visualizzazione del report. In tal modo, si è dato avvio ad un importante processo di comunicazione partecipata.

La reportistica prevede l'esposizione trimestrale dei dati consuntivi raccolti nel trimestre di riferimento, con contemporaneo confronto con il medesimo trimestre dell'anno precedente.

Come mostrano le figure seguenti, il report è costituito da 4 categorie di informazioni ed al suo interno è presente un gruppo di indicatori atti a misurare l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati. Si tratta di un set di pochi indicatori, utili per comprendere le criticità e gli aspetti positivi della governance aziendale e che vengono impiegati anche nel processo di budget.

Figura 14: report risorse umane

| RISORSE UMANE - PERSONALE UNIVERSITARIO | | | |
|---|-----------------|-----------------|----------------|
| | al 31.03.2010 | al 31.03.2011 | Δ (variazione) |
| Unità di personale | | | |
| di cui: | | | |
| Dirigenti Medici | | | |
| Dirigenti sanitari, professionali, tecnici e amministrativi | | | |
| Comparto | | | |
| | I TRIMESTRE '10 | I TRIMESTRE '11 | Δ (variazione) |
| Ore straordinario | | | |
| Importo straordinario | | | |
| Ore reperibilità | | | |
| Importo ore reperibilità | | | |
| Turni reperibilità | | | |
| Importo turni reperibilità | | | |
| RISORSE UMANE-PERSONALE A TOT. CARICO AZIENDALE | | | |
| | al 31.03.2010 | al 31.03.2011 | Δ (variazione) |
| Unità di personale | | | |
| di cui: | | | |
| Dirigenti Medici | | | |
| Dirigenti sanitari, professionali, tecnici e amministrativi | | | |
| Comparto | | | |
| Medici Specialisti ambulatoriali | | | |
| Contrattisti | | | |
| | I TRIMESTRE '10 | I TRIMESTRE '11 | Δ (variazione) |
| Ore straordinario | | | |
| Importo straordinario | | | |
| Ore reperibilità | | | |
| Importo ore reperibilità | | | |
| Turni reperibilità | | | |
| Importo turni reperibilità | | | |
| RISORSE UMANE - BLOCCO OPERATORIO | | | |
| | al 31.03.2010 | al 31.03.2011 | Δ (variazione) |
| Unità di personale | | | |
| di cui: | | | |
| Dirigenti Medici | | | |
| Dirigenti sanitari, professionali, tecnici e amministrativi | | | |
| Comparto | | | |
| | I TRIMESTRE '10 | I TRIMESTRE '11 | Δ (variazione) |
| Ore straordinario | | | |
| Importo straordinario | | | |
| Ore reperibilità | | | |
| Importo ore reperibilità | | | |
| Turni reperibilità | | | |
| Importo turni reperibilità | | | |

Fonte: AOU Federico II di Napoli – Controllo di gestione

Figura 15: report consumi e valore della produzione

| CONSUMI | | | |
|---|-----------------|-----------------|----------------|
| | I TRIMESTRE '10 | I TRIMESTRE '11 | Δ (variazione) |
| Consumo farmaci | | | |
| di cui Fascia H | | | |
| Consumo presidi | | | |
| Consumo beni economici | | | |
| Valore prestazioni di laboratorio richieste al DAS di Patologia clinica | | | |
| Valore prestazioni di laboratorio richieste al DAS di Med.LAB. | | | |
| Valore prestazioni Diagn. per immagini richieste | | | |
| Manutenzione apparecchi. Elettromedicali | | | |
| | | | |
| VALORE DELLA PRODUZIONE | | | |
| | I TRIMESTRE '10 | I TRIMESTRE '11 | Δ (variazione) |
| Valore economico RO | | | |
| Valore economico medio DRG RO | | | |
| Valore economico Posto Letto RO | | | |
| Valore economico DH | | | |
| Valore economico medio DRG DH | | | |
| Valore economico Posto Letto DH | | | |
| Valore prestazioni ambulatoriali | | | |

Fonte: AOU Federico II di Napoli – Controllo di gestione

Figura 16: dati strutturali e attività

| DATI STRUTTURALI | | | |
|--|-----------------|-----------------|----------------|
| | I TRIMESTRE '10 | I TRIMESTRE '11 | Δ (variazione) |
| N. posti letto attivi RO | | | |
| N. posti letto medi RO | | | |
| N. posti letto attivi DH | | | |
| N. posti letto medi DH | | | |
| | | | |
| ATTIVITA' | | | |
| | I TRIMESTRE '10 | I TRIMESTRE '11 | Δ (variazione) |
| N. ammessi RO | | | |
| N. dimessi RO | | | |
| Pratiche mancanti RO | | | |
| N. ammessi DH | | | |
| N. dimessi DH | | | |
| Pratiche mancanti DH | | | |
| N. accessi DH | | | |
| N. prestazioni ambulatoriali conv. S.S.N. per esterni | | | |
| N. prestazioni di laboratorio richieste al DAS di Patologia clinica | | | |
| N. prestazioni di laboratorio richieste al DAS di Med. di LAB. | | | |
| N. prestazioni diagnostica per immagini richieste | | | |
| | | | |
| INDICATORI | | | |
| | I TRIMESTRE '10 | I TRIMESTRE '11 | Δ (variazione) |
| Occupazione media RO | | | |
| Occupazione media DH | | | |
| Degenza media | | | |
| N. accessi medi DH | | | |
| Peso medio | | | |
| N. ricoveri <2 gg. | | | |
| % ricoveri chirurgici | | | |
| Degenza preoperatoria media | | | |
| N. ricoveri ripetuti entro 30 gg. | | | |
| % casi complicati | | | |
| Numero prestazioni di Patologia Clinica/n° casi di ricovero ordinario | | | |
| Numero prestazioni di Medicina di Laboratorio/n° casi di ricovero ordinario | | | |
| Numero prestazioni di Diagnostica per immagini/n° casi di ricovero ordinario | | | |
| Numero prestazioni di Patologia Clinica/n° casi di day hospital | | | |
| Numero prestazioni di Medicina di Laboratorio/n° casi di day hospital | | | |
| Numero prestazioni di Diagnostica per immagini/n° casi di day hospital | | | |

Fonte: AOU Federico II di Napoli – Controllo di gestione

A questo punto il ciclo del controllo, almeno teoricamente, è definito; va precisato, però, che l'implementazione di un sistema di controllo di gestione non può prescindere dalla progettazione del sistema organizzativo del processo di controllo.

2.2.4 La struttura organizzativa del controllo di gestione nell'AOU F

Analogamente a quanto accade in generale per il settore sanitario, il processo di cambiamento relativo allo sviluppo organizzativo, il quale investe le persone e le loro competenze, si estende anche alla funzione di controllo di gestione.

Il corretto disegno della struttura organizzativa del controllo di gestione e la sua coerenza con le effettive responsabilità previste dall'organigramma aziendale garantiscono l'efficacia dei processi aziendali, incluso il processo di controllo di gestione.

Nel caso del Controllo di Gestione dell'AOU Federico II, l'Atto Aziendale individua il controllo di gestione tra i Sistemi di valutazione e controllo: “ la verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa e dell'utilizzo delle risorse è affidata alla struttura controllo di gestione, posizione organizzativa dell'U.O.C. Gestione Affari Generali dell'Area Amministrativa. La funzione di controllo di gestione serve a supportare il sistema di valutazione dei dirigenti ed a sostenere i responsabili di struttura nella loro attività gestionale”.

Le attività svolte da controllo di gestione e di supporto alla direzione strategica, sono le seguenti:

- Supporto alla realizzazione ed all'implementazione del Datawarehouse aziendale;
- Rilevazione ed analisi report mensile su consumo risorse e dati attività per Direttore Generale;
- Rilevazione e analisi di report mensili e trimestrali per Centri di responsabilità (Dipartimento Assistenziale);
- Attività di consulenza direzionale per la programmazione annuale;
- Redazione della Relazione annuale sulla gestione per la Regione;
- Compilazione Questionario annuale del Collegio sindacale per la Corte dei Conti;
- Analisi economica costi/ricavi per ciascun Dipartimento Assistenziale al fine di permettere una corretta riallocazione delle risorse economiche;

- Implementazione del processo di budget: realizzazione di schede di budget di produzione (ricavi) e consumo (costi), incontri negoziali con i Dipartimenti Assistenziali, negoziazione e monitoraggio degli obiettivi dipartimentali;
- Analisi economica dell'AOU nell'ambito degli studi clinici (profit e no profit) avviati dai Dipartimenti Universitari;
- Analisi della spesa farmaceutica e dei dispositivi in relazione alla complessità delle attività assistenziali dipartimentali.
- Implementazione del processo di riallocazione delle risorse tramite l'analisi dell'attuale contesto aziendale, con passaggio dalla contabilità generale alla contabilità analitica;
- Valutazioni economiche delle tecnologie e delle innovazioni (HTA);
- Analisi di convenienza economica, make or buy (es. servizio trasporto campioni biologici);
- Analisi fattore lavoro:
 - a) Analisi della dotazione organica aziendale e supporto alla riorganizzazione aziendale per il nuovo atto aziendale;
 - b) Analisi di fabbisogno del personale (in termini di full time equivalent) e valutazione economica delle ore di straordinario e relativa trasformazione in fabbisogno di risorse umane;
 - c) Valutazione economica dello straordinario erogato;
 - d) Verifica personale che percepisce indennità ex art.44 (unità sub-intensive);
 - e) Verifica personale che percepisce indennità per rischio radiologico;
- Partecipazione alla stesura della pubblicazione "Percorsi di innovazione. La programmazione strategica ed il controllo in AOU Federico II";
- Stesura della relazione sulla gestione (allegata al Bilancio);
- Relazioni per Rettore, Preside di Facoltà, Assessore sanità, Commissario ad Acta;
- Supporto al Collegio Sindacale per la redazione del questionario annuale "Enti SSN – dati di bilancio" della Corte dei Conti
- Approfondimento della normativa nazionale e regionale in materia di sistemi di programmazione strategica e controllo delle attività;

Tenuto conto del ruolo che riveste il Controllo di Gestione in azienda, è rilevante che sebbene il controllo di gestione venga individuato come una delle funzioni di

competenza della Direzione Strategica, nell'Atto Aziendale approvato nel 2013, a differenza di quanto previsto nel precedente, la sua attività venga assegnata ad una posizione organizzativa dell'UOC Affari Generali, piuttosto che ad una unità organizzativa dello Staff della Direzione.

Attualmente le funzioni del controllo di gestione sono affidate a ricercatori del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli, in virtù di una convenzione stipulata con l'AOU Federico II.

Il numero delle risorse umane preposte varia da due a tre, di cui una con funzioni di coordinamento.

E' evidente che in assenza di una struttura organizzativa, funzioni, ruoli e responsabilità ben definiti si determinino non poche inefficienze a carico del sistema, soprattutto per le attività che, come il processo di budget, richiedono una continuità nel tempo.

Pertanto, si ritiene, innanzitutto, necessario individuare un responsabile (non un coordinatore) che rifletta, quelle connotazioni manageriali generalmente richieste, valutabili in relazione alle diverse caratteristiche dell'azienda e dell'ambiente. In particolare, nel definire lo stile di controllo, vanno considerati:

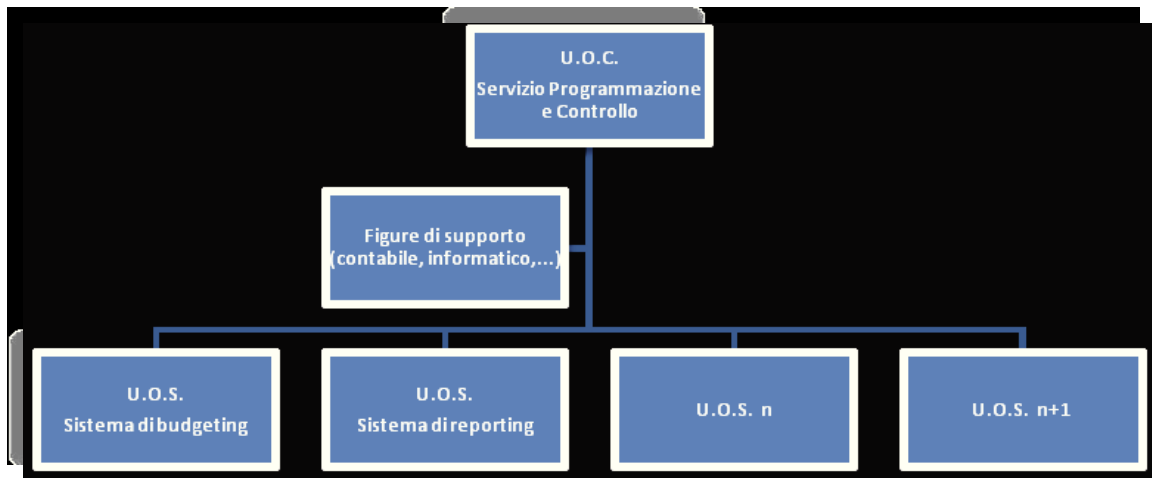
- a) "la partecipazione alla fissazione degli obiettivi da parte dei soggetti aziendali;
- b) il grado di difficoltà;
- c) la forza vincolante di obiettivi, piani e programmi (ovvero valutare le prestazioni)."²³

Attualmente, in una situazione in cui non vi sono ruoli ben definiti è difficile comprendere quale sia la reale distribuzione del lavoro, le attività assegnate e svolte dai "collaboratori".

La struttura organizzativa del Controllo di Gestione, innanzitutto, in linea con le disposizioni del D. Lgs. 286/99, e data l'importanza strategica delle funzioni svolte, dovrebbe inquadrarsi come organo di staff alla Direzione Generale, secondo una struttura di tipo gerarchico funzionale:

²³ Brusa L. (2000), Sistemi manageriali di programmazione e controllo, Giuffrè, p. 382.

Figura 17: Esempio di Struttura Organizzativa del Servizio di Controllo di Gestione



Lo schema proposto, ripropone un'articolazione in linea con, le più volte richiamate Linee guida della Regione Campania sulla predisposizione del Piano dei Centri di Responsabilità e Centri di Costo, dalle quali si rileva che il Controllo di Gestione (Unità Operativa Complessa e Centro di responsabilità) dovrebbe almeno prevedere, al suo interno, le seguenti Unità Operative Semplici:

- Contabilità Direzionale;
- Budget e Programmazione;
- Nucleo Controllo Appropriately Ricoveri e Prestazioni Sanitarie;
- Reporting;
- Statistico-Epidemiologica;
- Monitoraggio Ordini di Acquisto e Gare.

Inoltre, si ritiene opportuno integrare tali unità con:

- Valutazione del personale;
- Monitoraggio Spesa degli Enti Accreditati;
- Sistema indicatori.

Inoltre, è fondamentale individuare per ogni Unità Operativa Semplice le attività da svolgere, per ogni attività individuare le competenze, in modo da assegnare compiti precisi anche ai Collaboratori.

I profili professionali da impiegare nelle attività di controllo, oltre a quelli appartenenti all'area medica e sociologica, pertanto, dovrebbero essere:

- giuridico – amministrativo – contabili;
- tecnico;
- economico – finanziario – statistico;
- economico organizzativo.

Inoltre, sarebbe opportuno:

- ✓ “garantire un coinvolgimento molto più deciso e generalizzato del vertice politico nel processo di programmazione; incentivare interventi formativi sul management pubblico, tesi ad assicurare lo sviluppo delle professionalità in materia di programmazione, controllo e valutazione;
- ✓ assicurare ai Servizi di controllo interno una composizione equilibrata, in grado di garantire la presenza nelle amministrazioni di competenze gestionali e organizzative;
- ✓ costruire una base di conoscenza “comune”, a disposizione di tutte le amministrazioni, relativamente agli strumenti tecnici a sostegno del processo di programmazione (articolazione degli obiettivi, indicatori per la misurazione del rendimento, standard di riferimento, schede per l'elaborazione dei programmi di azione)”²⁴.

2.2.5 Le principali criticità rilevate

In una struttura in continuo cambiamento, quale la AOU Federico II, le criticità che si possono rilevare sono molteplici e, soprattutto, variabili.

Pur avendo raccolto, nel corso della mia attività di ricerca ai fini del presente lavoro, diverse e molte informazioni, esse non risultano essere dettagliate in modo adeguato a realizzare oltre a rilevazioni anche proposte migliorative.

In sintesi, dall'analisi è emerso:

1. l'unità organizzativa controllo di gestione è mal inquadrata nell'organigramma aziendale;

²⁴ Gagliarducci F., Tardiola A. (2003), I sistemi di controllo direzionale e valutazione delle performance, www.astrid-online.it

2. scarsa informatizzazione, modularità e flessibilità dei sistema informativi;
3. assenza del sistema di contabilità analitica;
4. procedure non sempre formalizzate;
5. struttura organizzativa del Controllo di Gestione, funzioni e competenze specifiche, non definite;
6. “saperi espliciti mancanti” in relazione ad alcuni aspetti, quali la rilevazione sistematica dei costi delle prestazioni finali; la definizione di un sistema di indicatori di performance evoluto per il monitoraggio, lo sviluppo di un’analisi approfondita e sistematica delle rilevazioni elementari di natura contabile e l’utilizzo di tecniche evolute per la fissazione degli obiettivi di budget;
7. la assoluta mancanza di figure professionali (tipicamente responsabili amministrativi tecnici) in grado di presidiare il corretto funzionamento del processo di controllo presso ciascuna componente del sistema;

In relazione alle criticità evidenziate, occorre fare alcune considerazioni: si è già accennato in precedenza, che elemento fondamentale nell’attivazione dei sistemi di controllo direzionale è l’organizzazione interna del sistema, proprio perché sia nella dimensione di processo decisionale, che in quella di sistema informativo di supporto a quest’ultimo, molteplici soggetti e strutture aziendali (la direzione amministrativa, la direzione sanitaria, i servizi amministrativi centrali, in primis l’unità operativa deputata alla gestione amministrativa delle risorse economico finanziarie, il servizio informativo aziendale) devono necessariamente interagire, sia per rendere possibile l’acquisizione tempestiva, corretta e completa, dei dati necessari a produrre le informazioni (i reports) che supportano la direzione aziendale nelle valutazioni e nelle decisioni in cui si sostanzia il processo di programmazione e controllo, sia per rendere possibile quella integrazione e responsabilizzazione diffusa che costituiscono riferimenti imprescindibili del processo di budgeting, che pure riscontra un limite più incisivo nella determinazione dei tetti di spesa, svilendone la natura di strumento promotore di una gestione per obiettivi.

La soluzione di questo tipo di problemi è possibile solo realizzando meccanismi forti di integrazione, che consentano di superare la tendenza ad operare per linee verticali, tra l’altro scarsamente comunicanti, così diffusa nelle amministrazioni pubbliche.

Più volte, si è fatto riferimento all’adeguatezza del sistema di Controllo di Gestione rispetto alla struttura aziendale e si è potuto rilevare che non esiste “il modello” di

Controllo di Gestione da realizzare, ma è importante che la scelta venga effettuata tra le tipologie di controllo di gestione che siano in grado di eliminare od, almeno, circoscrivere i limiti più evidenti (dei quali si è accennato in precedenza) derivanti da approcci improvvisati, per rispondere a disposti normativi, ed incompetenti.

Nei servizi sanitari in genere, l'attivazione del processo di programmazione e controllo di gestione risulta particolarmente problematica per le difficoltà intrinseche precedentemente accennate, le quali sono rese ancor più critiche da alcuni elementi tecnici che caratterizzano il contesto specifico: l'oggettiva complessità organizzativa, l'eterogeneità dei processi di produzione, l'elevata autonomia professionale dei dirigenti e degli operatori, la tendenza ad una marcata settorializzazione e compartimentalizzazione, con difficoltà spesso accentuate di comunicazione orizzontale (tra comparti diversi) e verticale (tra differenti livelli di responsabilità).

Capitolo 2 – Metodologia, sviluppo e risultati della ricerca

2.1 Oggetto e obiettivi della ricerca

L'attività di ricerca svolta si inquadra nel più ampio ambito della Programmazione e Controllo di Gestione e dell'Organizzazione Aziendale (processi produttivi e modelli organizzativi).

Oggetto della ricerca è il Processo di Budget ovvero la sua implementazione all'interno dell'AOU Federico II di Napoli, quale strumento di programmazione, controllo ed integrazione organizzativa.

Obiettivo della ricerca è stato quello di rilevare ed analizzare le fasi che caratterizzano l'implementazione di un processo di budget in un'azienda sanitaria, a partire dalla sua progettazione fino alla sua completa realizzazione.

Tale obiettivo generale ha potuto essere specificato in relazione alle caratteristiche peculiari che il processo ha assunto all'interno dell'azienda oggetto di studio, consentendo di cogliere aspetti di carattere tecnico-quantitativo (efficienza, efficacia) ed aspetti di carattere "sociologico-organizzativo": efficacia ed efficienza non possono prescindere dall'esistenza di una buona organizzazione in grado di conseguire i risultati in un'ottica di sistema, piuttosto che di singolo caso, e non possono prescindere dalla qualità, soprattutto, in relazione al soddisfacimento dei bisogni di salute.

2.2 Metodologia della ricerca

L'attività di ricerca svolta si è configurata come una survey, vale a dire una rilevazione diretta mediante analisi di documenti e partecipazione attiva al processo di budget, con cui sono state attinte direttamente le informazioni relative alle unità ed alle fasi che hanno costituito il campo di osservazione. Tale tipo di analisi ha consentito di cogliere le peculiarità del processo di budget, dell'organizzazione aziendale e dei processi di integrazione e comunicazione.

La ricerca è stata articolata nelle seguenti fasi:

- 1) Analisi del quadro teorico

- 2) Analisi situazione assetto organizzativo-gestionale generale dell'Azienda e del Controllo di gestione
- 3) Analisi e studio dei decreti regionali e delle linee guida emanate in materia di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali
- 4) Progettazione processo di budget: obiettivi, strumenti, attori e fasi
- 5) Progettazione degli strumenti del processo (schede budget, schede obiettivi, schede di monitoraggio) ed elaborazione dei dati
- 6) Ricognizione obiettivi strategici aziendali e definizione di obiettivi, pesi, indicatori e target per i Centri di Responsabilità.
- 7) Analisi dei dati preliminare agli incontri negoziali
- 8) Partecipazione attiva agli incontri di negoziazione
- 9) Analisi delle risultanze degli incontri raccolte in verbali e la compilazione di una scheda di sintesi per ogni CdR
- 10) Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi e analisi degli scostamenti
- 11) Rilevazione punti di forza e di debolezza del processo

Ciascuna fase è stata caratterizzata da analisi teorico/normativa, colloqui informali con gli attori del processo, raccolta diretta del materiale disponibile alla consultazione ed un momento di rilevazione dei risultati e verifica, con una continua sovrapposizione tra l'*analisi teorica* (o analisi *desk*, finalizzata alla formulazione dei propositi di ricerca) ed la *verifica empirica* (o analisi *field*, necessaria per la validazione dei propositi di ricerca formulati).

Si ritiene importante sottolineare il contributo specifico che l'attività di ricerca svolta ha fornito alla Direzione Aziendale nella programmazione strategica (Piano della Performance) ed operativa (Documento Programmatico Annuale) e nella definizione dei processi relativi al Ciclo Planning, Budget e Reporting e del Ciclo del personale, (per le fasi del sistema premiante) oltre che per la redazione, oggi in corso, del "Regolamento sulle modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget. Collegamento con il sistema premiante" e del "Regolamento sui sistemi di misurazione e valutazione della performance", con particolare riferimento alla definizione delle fasi dei relativi processi, degli attori coinvolti e degli strumenti adottati.

Strumenti utili alla ricerca sono stati:

- “Ciclo di gestione della performance dell’A.O.U. “Federico II” di Napoli” ;
- Documento su “Implementazione delle mappe strategiche e della Balanced Scorecard livello corporate Anni 2011-2013”;
- “Piano della performance dell’A.O.U. “Federico II” di Napoli Anni 2011-2013”;
- Bilanci aziendali consuntivi e di previsione annuale;
- Piano dei Centri di Responsabilità e dei Centri di Costo;
- Schede di Budget;
- Report;
- Verbali incontri negoziali.

2.3 Fasi e risultati della ricerca: analisi delle principali evidenze emerse

L’analisi delle fasi del processo di budget, della loro tempistica, della relativa documentazione, dei dati prodotti dai sistemi informativi, nonché le relazioni con gli operatori coinvolti, ha permesso di comprendere il reale stato dell’arte del Processo di Budget nell’AOU Federico II di Napoli, di valutarne la configurazione nello specifico contesto aziendale e gli effetti prodotti.

I risultati ottenuti costituiscono un punto di partenza per porre, all’interno dell’azienda, una riflessione sulle opportunità offerte dal processo di budget in un’ottica strategica come strumento di integrazione organizzativa e professionale.

Essi sono configurabili in termini **quantitativi** corrispondenti ai *dati del monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi di budget* ed in termini **qualitativi** in relazione *all’analisi delle fasi del processo e caratteristiche rilevanti ed alla rilevazione delle cause che hanno determinato le percentuali di raggiungimento degli obiettivi.*

Fasi e risultati della ricerca

1) Analisi del quadro teorico

Il quadro teorico di riferimento entro il quale si è sviluppata la ricerca è rappresentato dal più ampio capitolo dei sistemi di programmazione e controllo, con particolare riferimento alla loro implementazione in ambito sanitario.

Esso è in parte descritto nella sezione I ed in parte al capitolo 1 della presente sezione e si rifà oltre che al materiale bibliografico consultato, anche alle precedenti esperienze formative e lavorative nel settore.

L'analisi della letteratura non sempre è risultato soddisfacente a causa delle difficoltà riscontrate nel trovare pubblicazioni esaustive sull'implementazione del processo di budget nelle aziende sanitarie. Laddove si è consultata la letteratura esistente, essa è parsa spesso ripetitiva. Molto più interessanti sono, invece, risultati i lavori di ricerca e studi condotti presso altre aziende e che hanno messo in risalto problematiche comuni per lo più riferibili ad una persistente cultura burocratica nella pubblica amministrazione che unitamente alla scarsa attitudine del personale all'adozione ed utilizzo delle innovazioni gestionali e tecnologiche, rendono vani gli sforzi di alcuni e determinano lunghissimi tempi per un proficuo cambiamento.

L'analisi del quadro teorico è stata rivolta a:

- a) chiarire e circoscrivere i termini dell'oggetto della ricerca ovvero delle caratteristiche assunte dal processo di budget all'interno dell'AOU Federico II;
- b) identificare teorie, modelli, concetti di riferimento, esaminando la bibliografia (testi, articoli, saggi) sul tema in esame;
- c) identificare i metodi di ricerca utilizzabili e loro limiti, considerando i metodi e le tecniche utilizzate in precedenti ricerche empiriche, e valutandone l'adozione nello specifico contesto.

Nell'AOU Federico II non è stato possibile adottare quale strumento di rilevazione dell'impatto del processo di budget sull'organizzazione il questionario, a causa del clima di confusione presente in azienda nella fase di passaggio dalla struttura organizzativa in DAS a quella in DAI, avvenuta proprio al termine del primo anno di implementazione;

- d) ottenere dati e risultati di ricerche precedenti con i quali confrontarsi. Sono state rilevate notevoli coincidenze tra risultati delle altre ricerche e i risultati di cui al presente lavoro, in relazione alle criticità che emergono nell'implementazione di sistemi di programmazione e controllo o nel caso di cambiamenti organizzativi;

e) individuare problemi risolti e questioni aperte, in modo da focalizzare meglio i problemi che ci si è posti e stabilire la rilevanza degli stessi con le finalità e gli scopi dell'indagine;

f) ottenere spunti per la riformulazione degli obiettivi. Nel caso dell'implementazione del processo di budget nell'AOU Federico II inizialmente la ricerca era rivolta ad analizzare e valutare l'impatto di un sistema di programmazione e controllo che in corso d'opera ha acquisito sempre di più la fisionomia di uno strumento di organizzazione e comunicazione.

2) Analisi situazione organizzativa-gestionale generale dell'Azienda e del Controllo di gestione

Per la descrizione di tale fase, si fa rinvio al capitolo precedente, nel quale si è analizzata la situazione dell'assetto organizzativo-gestionale dell'AOU Federico II caratterizzato da diverse criticità correlate allo stato dell'arte dell'implementazione dei sistemi informativi ed ai cambiamenti intervenuti nella struttura organizzativa nel corso degli ultimi due anni.

3) Analisi e studio dei decreti regionali e delle linee guida emanate in materia di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali.

Tale fase si è concretizzata nell'analisi e studio della normativa nazionale con particolare riferimento al D.Lgs. 286/99 "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche (PA)" e dei decreti regionali e delle linee guida emanate in materia di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali.

Lo studio dei decreti regionali ed, in particolare, dell'Allegato b) al DCA Regione Campania n.14/2009 "Linee guida per la predisposizione del regolamento di amministrazione e contabilità delle aziende del SSR", ha posto risalto sulla necessità per le Aziende Sanitarie di adottare:

- strumenti di pianificazione strategica, che per l'AOU Federico II sono rappresentati dal "Ciclo di gestione della performance dell'A.O.U. "Federico II" di Napoli"; dal documento su "Implementazione delle mappe strategiche e della Balanced Scorecard

livello corporate Anni 2011-2013”; dal “Piano della performance dell’A.O.U. “Federico II” di Napoli Anni 2011-2013”;

- strumenti di programmazione quali il Documento Programmatico, il Budget ed il Bilancio di previsione annuale.

Inoltre, la normativa prevede che i regolamenti delle Aziende disciplinino la redazione del budget aziendale mediante il quale le strategie di gestione, espresse nel Piano della Performance e nel Documento Programmatico, siano tradotte in obiettivi ed attività prioritarie, per ogni anno di riferimento del Piano. Tali obiettivi dovranno essere correlati alla struttura organizzativa aziendale mediante il Piano dei Centri di Costo e di Responsabilità.

Il DCA Regione Campania n. 60/2011 disciplina, inoltre, con maggiore incisione l’implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, richiedendo l’adozione di modelli relativi ai processi amministrativi e contabili del ciclo attivo, ciclo passivo, ciclo magazzino, ciclo cespiti, ciclo personale, ciclo planning budget e reporting: tali processi e relative rappresentazioni in flow chart, per la rappresentazione dei quali l’attività di ricerca svolta ha rappresentato un importante supporto, sono attualmente in corso di approvazione da parte dell’AOU Federico II con il Regolamento del Controllo Interno.

Dall’esame congiunto della normativa e del contesto interno è emersa la necessità di adeguare i processi e gli strumenti proposti dalla normativa alla situazione organizzativa, gestionale ed informativa, per favorirne l’applicabilità nel contesto aziendale.

L’AOU Federico II ha, pertanto, implementato misure adattive in relazione a:

- fasi del processo. In particolare, il processo delineato per l’azienda ha previsto, in aggiunta alle fasi proposte dai decreti regionali, anche quelle di concordamento tra Regione, Università e Azienda. Inoltre, laddove richiesto da vincoli burocratici amministrativi, si è previsto un adeguamento delle consuetudini aziendali ai disposti normativi.

- denominazioni degli organi coinvolti, in relazione a quanto previsto nell’atto aziendale;

- adeguamento della struttura delle schede di budget in relazione alla quantità e qualità delle informazioni disponibili ed al grado di implementazione dei sistemi informativi;
- composizione del Comitato di budget: le figure coinvolte sono state selezionate in relazione ad un criterio di multidisciplinarietà che caratterizza il processo nell'AOU Federico II e che prevede che lo stesso sia condotto da un team con competenze specifiche in relazione ai diversi obiettivi e grandezze oggetto di negoziazione.

4) Progettazione processo di budget: obiettivi, strumenti, attori e fasi

Il Processo di Budget rappresenta un fondamentale strumento di programmazione attraverso il quale le Aziende sono in grado di esprimere i propri programmi in obiettivi operativi e di tradurre questi ultimi, in termini quantitativi, in risorse economiche, tecniche ed umane che si prevede di utilizzare. Inoltre, esso rappresenta uno strumento di programmazione in grado di attuare l'integrazione tra i processi di programmazione aziendali e quelli regionali.

Come già detto, il processo di budget è stato progettato a partire dalle indicazioni fornite dalla normativa regionale e nazionale e tenuto conto del contesto socio-tecnico aziendale.

Sono stati, pertanto, definiti gli obiettivi generali del processo, gli strumenti utili alla sua implementazione, gli attori del processo; sono state determinate in linea teorica le fasi del processo, che talvolta in corso d'opera hanno subito ritardi e modifiche in relazione a specifiche esigenze aziendali, correlate soprattutto ai cambiamenti organizzativi intervenuti nell'anno 2013.

Il processo di cambiamento, che a distanza di due anni dall'insediamento dei nuovi vertici aziendali non è ancora terminato, ha determinato un rallentamento nel susseguirsi delle diverse fasi.

Obiettivi del processo di budget nell'AOU Federico II di Napoli:

- conoscere lo “stato di salute” dell'azienda sul piano gestionale e, conseguentemente, economico/finanziario;
- comunicare la strategia individuata dal vertice e guidare il management ad operare in conformità agli obiettivi previsti dal Protocollo di Intesa Università-

Regione al cui raggiungimento è prevista una quota di finanziamento aggiuntivo;

- ottimizzare l'utilizzo delle risorse in una situazione di piano di rientro;
- contribuire a creare un clima di fiducia e collaborazione tra Direzione Generale e Dipartimenti;
- valutare e responsabilizzare il management sui risultati conseguiti;
- motivare i manager attraverso il meccanismo della gestione per obiettivi;
- educare, cioè formare, il management alle logiche della gestione programmata e, quindi, ad una efficiente gestione delle risorse.

Strumenti del processo di budget nell'AOU Federico II di Napoli

- il Bilancio Economico di Previsione annuale, definisce sulla base delle attività previste nel Budget Aziendale il livello dei costi e dei ricavi che saranno realizzati nel corso dell'esercizio. La redazione di questo documento trae origine da un processo di negoziazione sia interno alla struttura aziendale sia esterno, in quanto parte dal processo di concordamento dei costi con la Regione Campania;
- il Budget Aziendale, che rappresenta gli obiettivi di produzione Aziendale definiti in base agli obiettivi ed agli indirizzi di programmazione dettati dalla Regione alle Aziende. Tale strumento rappresenta elementi qualitativi, quantitativi ed economici e pone le basi per la redazione del Bilancio Economico di Previsione.

Altri strumenti di carattere operativo sono:

- Schede di Budget;
- Report;
- Verbali incontri negoziali.

I soggetti coinvolti nel processo di budget dell'AOU Federico II sono i seguenti:

- Direzione Aziendale;
- Collegio di Direzione;
- Comitato Budget;
- Controllo interno di gestione;

- Direttori dei DAI - Centri di Responsabilità.

Il Comitato Budget, sebbene operante nell'ambito del processo a partire dal 2011, solo quest'anno sarà investito con un formale atto di nomina. Esso è un organo avente un ruolo tecnico gestionale che rappresentando la Direzione Strategica Aziendale procede tra l'altro alle fasi di negoziazione del budget e alla definizione degli obiettivi con i Centri di Responsabilità. Nell'AOU Federico II la sua composizione riflette la logica per cui un sistema di programmazione e controllo, ed in particolare, il processo di budget per poter essere coerente con l'organizzazione aziendale, richiede la partecipazione di diversi attori che rappresentino un punto di raccordo per la ricerca di un equilibrio tra gli indirizzi definiti a livello strategico aziendale in ottemperanza a quelli regionali e le esigenze delle diverse aree di responsabilità. Dunque, come già detto, esso è espressione di un approccio multidisciplinare e risulterà così composto:

- Direttore Amministrativo (con funzioni di coordinamento)
- Direttore Sanitario
- Responsabile UOC Gestione risorse economico-finanziarie (coadiuva il coordinatore)
- Controllo di Gestione
- Responsabile UOC Governo Clinico, rischio clinico e vigilanza igienico sanitaria
- Responsabile UOC Gestione risorse umane
- Responsabile UOC Farmacia Centralizzata
- Responsabile UOC Sistema informativo, ICT e nuove tecnologie dell'informazione
- Responsabile UOC Gestione patrimonio edile e tecnico impiantistico
- Ingegneria Clinica

con i seguenti compiti e responsabilità:

- stesura, revisione e aggiornamento del Regolamento sulle modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del Budget. Collegamento con il sistema premiante;
- supporta la Direzione Aziendale nella predisposizione del Piano Annuale;
- supporta la Direzione Aziendale nella definizione degli indirizzi annuali di Budget;

- elabora e/o coordina l'elaborazione dei singoli prospetti che compongono la struttura contabile del Budget;
- monitora il processo di formazione del Budget Aziendale e verifica il rispetto delle compatibilità economiche generali;
- formula le proposte di obiettivi per singolo Centro di Responsabilità e li formalizza attraverso la predisposizione delle Schede Obiettivi;
- predispone il Calendario di negoziazione e negozia gli obiettivi con i Centri di Responsabilità;
- monitoraggio, analisi e valutazione sul raggiungimento degli obiettivi;
- formula e propone alla Direzione Aziendale modifiche e variazioni al Budget eventualmente necessarie in corso d'esercizio.

Le fasi del processo di budget nell'AOU Federico II:

- Fase 1 - Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di Responsabilità (entro il 30 giugno anno n)
- Fase 2 - Elaborazione delle Schede di Budget (Budget della Produzione, delle Risorse e dei Consumi) e Budget Operativo Aziendale e predisposizione della determina di adozione - (entro il 10 settembre anno n)
- Fase 3 - Assegnazione obiettivi e correlati indicatori e target per Centri di Responsabilità (entro il 10 settembre anno n)
- Fase 4 - Analisi dei dati preliminare agli incontri negoziali e definizione calendario di negoziazione (entro il 30 settembre anno n)
- Fase 5 - Negoziazione degli obiettivi (entro il 30 novembre anno n)
- Fase 6 - Ritaratura finale e approvazione del Budget Aziendale (entro 15 dicembre anno n)
- Fase 7 - Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi e analisi degli scostamenti (entro il 30 luglio dell'anno n+1; entro il 30 gennaio dell'anno n+2)

Da un punto di vista logico l'elaborazione di un budget avviene ipotizzando lo svolgimento delle attività che costituiscono il processo produttivo, in successione inversa rispetto a quella con cui funziona la contabilità e il consuntivo.

All'interno dell'AOU Fedrico II e durante il primo anno di avvio sperimentale del processo non potendo immaginare e monitorare le attività dei singoli dipartimenti e a

causa delle carenze informative del sistema di contabilità analitica, l'attenzione è stata posta solo su voci di costo e di ricavo per le quali si disponeva di corrette informazioni economico-quantitative e per le quali fosse possibile esercitare un reale controllo e successivo monitoraggio.

5) Progettazione degli strumenti del processo (schede budget, schede obiettivi, schede di monitoraggio) ed elaborazione dei dati

In relazione a tale fase è necessario precisare che essa ha assunto caratteristiche differenti di anno in anno, in relazione ai cambiamenti organizzativi intervenuti al vertice dell'organigramma e nella struttura organizzativa dei Dipartimenti.

Ad inizio 2012 l'AOU Federico II, si è ritrovata a dover gestire i cambiamenti correlati al cambio dei vertici aziendali con la nomina del nuovo Direttore Generale.

È indubbio che i cambiamenti organizzativi richiesti alle aziende sanitarie siano influenzati dalle modificazioni che avvengono, oltre che nel contesto istituzionale e nei cambiamenti legislativi, nei valori o nell'assetto dei poteri presenti nell'ambiente sociale di riferimento, nella sfera politica, tecnologica e socio-culturale, ed in mancanza di un meccanismo di stabilizzazione come quello rappresentato dalle esigenze che il mercato pone ai comportamenti aziendali, al cambiamento del Direttore Generale si accompagna spesso una inversione delle scelte e un ricambio del gruppo dirigente, in termini di posizioni attribuite. Il nuovo Direttore Generale non solo può modificare le decisioni assunte dal suo predecessore, ma spesso opera attivamente in tal senso perché ciò segnala «l'inversione di rotta», in un contesto in cui gli effetti delle decisioni non vengono registrati con la rapidità e il grado di oggettività garantiti dall'operare dei meccanismi di mercato, ma restano piuttosto affidati agli incerti meccanismi degli equilibri e dell'apprezzamento politico-istituzionale. Non sorprende, quindi, che anche la sola possibilità che si produca un cambiamento nei vertici aziendali, ottiene come effetto un'alterazione significativa dei processi aziendali, in quanto tutti gli attori tendono a riposizionarsi in vista dei possibili cambiamenti.

Nel corso della fase di cambiamento l'elevata motivazione che aveva spinto i diversi operatori a condividere e collaborare, ha subito una contrazione a causa dell'incertezza circa le modalità operative relative alle nuove strategie e politiche aziendali. Un'ascesa motivazionale, alla quale è conseguita una buona collaborazione da parte dei vari

responsabili, si è riscontrata a seguito della comunicazione dell'associazione di una retribuzione di risultato alla realizzazione degli obiettivi di budget.

Inoltre, nella fase di avvio sperimentale del processo di budget 2012, si era prospettato un ventaglio di strumenti tecnici, di supporto alle decisioni in merito alle azioni ed attività da intraprendere per la realizzazione degli obiettivi proposti, che non è stato possibile adottare per il processo di budget 2013 e 2014 (quest'ultimo è in corso).

Infatti, l'adozione di una nuova organizzazione in Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) ha richiesto non solo un adeguamento in termini di struttura organizzativa aziendale, organizzazione e gestione delle attività, ma anche un adeguamento dei sistemi informativi aziendali che tutt'ora è in corso.

Nonostante le difficoltà poste dai cambiamenti organizzativi, la Direzione Aziendale in relazione anche ai vincoli normativi che collegano il budget ai sistemi premianti, ha sostenuto il processo relativo che però ha, però, dovuto completamente abbandonare la sua funzione di budgettizzazione.

Infatti, nell'AOU Federico II, non si può parlare di budget in termini di assegnazione di risorse economico-quantitative, ne è possibile ad oggi definire un conto economico per DAI, quali centri di responsabilità. Il processo, infatti, viene condotto secondo una logica di assegnazione condivisa di obiettivi di tipo organizzativo-qualitativo, come si vedrà in seguito, sebbene essi determinino risultati quantitativi.

Dunque, per rendere chiara la trattazione ed esprimere in maniera ordinata i risultati della ricerca si procederà distinguendoli per anno di riferimento del processo di budget.

Budget anno 2012:

Tenuto conto che la predisposizione delle Schede Budget è necessaria alla negoziazione con i singoli Centri di Responsabilità, che nell'AOU Federico II sono individuati nei Dipartimenti, e tenuto conto delle limitate informazioni economico-quantitative disponibili a causa dell'assenza di un sistema di contabilità analitica e dello scarso utilizzo dei sistemi informativi da parte dei Dipartimenti, si è proceduto a strutturare le schede di budget per l'anno 2012, anno di avvio della implementazione.

Il livello di complessità dell'insieme dei prospetti previsti dalla normativa regionale ha condotto l'azienda ad una semplificazione degli stessi che pongono in evidenza solo

voci di costo e di ricavo correlabili in modo diretto alle attività dei Dipartimenti e a grandezze dagli stessi controllabili.

Le schede di budget sono state elaborate attraverso la raccolta dati dal sistema Jasper/Datawarehouse e dal Quani SDO, per i dati relativi ai ricoveri.

Le schede sintetizzano i dati del Budget della Produzione e del Budget delle Risorse con riferimento a quei fattori produttivi/prestazioni per il cui impiego e la cui gestione è possibile esercitare un controllo da parte dei responsabili dei centri di responsabilità. Essi sono: attività di ricovero, prestazioni ambulatoriali, prestazioni intermedie, consumi di beni sanitari, lavoro straordinario.

Le schede di budget predisposte per l'anno 2012, per ciascun Dipartimento Assistenziale (DAs), evidenziano numeri e valori degli anni 2010 e 2011, numeri e valori previsionali per l'anno 2012 e la rilevazione dello scostamento.

E' necessario precisare che il dato numerico fornito nelle schede di budget ha lo scopo di evidenziare l'andamento nel tempo delle grandezze rilevate e di porre le basi per un processo di comunicazione, tra direzione e dipartimenti, sulle criticità correlate al mancato utilizzo dei sistemi informativi da parte di questi ultimi. Tale circostanza determina l'impossibilità di rilevare e conoscere la reale attività svolta in azienda e, quindi, l'impossibilità di valorizzarla in modo corretto e di renderla nota e visibile agli attori del governo sanitario regionale allo scopo di ottenerne il finanziamento.

In tal modo, le schede di budget hanno rappresentato uno strumento per comunicare e far conoscere ai centri di responsabilità i risultati di un mancato utilizzo dei sistemi informativi e, quindi, uno strumento di responsabilizzazione in relazione al mancato finanziamento dell'attività svolta ma non documentata a livello informatico. Dunque, le schede di budget hanno contribuito a determinare la scelta di obiettivi di informatizzazione.

- Budget della Produzione

In generale, ha l'obiettivo di programmare la tipologia, il numero e il valore delle prestazioni di ricovero che saranno erogate nell'anno oggetto di programmazione. Nell'AOU Federico II esso ha rappresentato uno strumento di rilevazione e comunicazione delle criticità presenti nelle attività organizzative e gestionali dei Dipartimenti Assistenziali.

Il Budget della Produzione si compone di:

Budget dei ricoveri. I dati di ricoveri ordinari (medici e chirurgici) e diurni (Day Hospital e Day Surgery) e degli indicatori di performance sono stati forniti dalla Direzione Sanitaria (DS), la quale per l'anno 2012 ha basato la previsione sulle disposizioni contenute nei decreti regionali n. 5/2009 e n. 58/2010, che prevedono soglie di riduzione dell'inappropriatezza che corrispondono anche agli obiettivi definiti dalla Direzione Strategica Aziendale nel Protocollo di intesa tra Regione e Università (si veda figura 24).


In linea con gli obiettivi aziendali, si prevede a fronte del mantenimento del volume complessivo delle prestazioni dell'anno 2010, una riduzione del 14% dell'inappropriatezza dei ricoveri ordinari.

Budget della specialistica ambulatoriale ospedaliera. Definisce la tipologia e il numero di prestazioni ambulatoriali (visite ambulatoriali, prestazioni radiologiche, ecc.), e di laboratorio erogate verso l'esterno. Per l'anno 2010 sono stati impiegati i dati forniti dal sistema informativo Jasper/Data Warehouse. La previsione, del tutto indicativa, per l'anno 2012 si è basata sul trend dei primi sei mesi dell'anno 2011.

Come già detto, a tutt'oggi, il dato relativo alle prestazioni ambulatoriali erogate risulta essere parziale, pertanto, l'obiettivo da raggiungere diviene quello di richiamare una maggiore attenzione degli addetti amministrativi nella registrazione delle prestazioni erogate e del relativo ticket, allo scopo di una corretta alimentazione del flusso informativo file C. Infatti, la mancata registrazione delle prestazioni ambulatoriali erogate ed il conseguente mancato invio del file suddetto al Ministero dell'Economia e delle Finanze ed alla Regione espone l'azienda ad un danno erariale pari a 2 euro per prestazione, oltre alla mancata valorizzazione economica dell'attività svolta.

Budget prestazioni intermedie. Tiene conto di quelle prestazioni che devono essere garantite dai servizi centralizzati (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, ecc.). Per l'anno 2010 sono stati impiegati i dati forniti dal sistema informativo Jasper/Data Warehouse, mentre per l'anno 2012 in coerenza con quanto previsto dalle linee guida regionali, per la previsione si è tenuto conto dei primi 6 mesi dell'anno 2011. Laddove, si evidenziava un incremento di valore rispetto all'anno precedente si è proceduto ad una riduzione del 5%.

Figura 18: Budget della produzione

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|-------------------------|------------|-------------|--------|
| <div>  </div> <div>BUDGET 2012</div> | | | | | | | | | | | |
| ALLEGATO N. 2 | | | | | | | | | | | |
| | BUDGET / DAS e SERVIZI | DAs di | | | | | | | | | |
| | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | Δ scostamento 2012-2010 | | | |
| | | | | | | | | Valori assoluti | | Percentuale | |
| | | Numero | Valore | Numero | Valore | Numero | Valore | Numero | Valore | Numero | Valore |
| | | | | | | | | | | | |
| BUDGET DELLA PRODUZIONE ⁽¹⁾ | A) Budget assistenza ospedaliera | | | | | | | | | | |
| | Posti letto RO attivi | 55 | | 55 | | | | | | | |
| | Occupazione media RO | 52% | | 48% | | | | | | | |
| | Peso medio RO | 1,27 | | 1,42 | | | | | | | |
| | 1) Budget ricoveri ⁽²⁾ | 1.697 | € 4.052.272 | 1.773 | € 4.794.384 | 1.654 | € 3.988.097 | -43 | -€ 64.175 | -2,5% | -1,6% |
| | 1.1) ricoveri ordinari | 1.138 | € 3.661.006 | 1.042 | € 4.218.071 | 1.118 | € 3.612.466 | -20 | -€ 48.540 | -1,8% | -1,3% |
| | ricoveri di tipo medico | 410 | € 995.070 | 375 | € 863.554 | 390 | € 946.530 | -20 | -€ 48.540 | -4,9% | -4,9% |
| | ricoveri di tipo chirurgico | 728 | € 2.665.936 | 667 | € 3.354.517 | 728 | € 2.665.936 | 0 | € - | 0,0% | 0,0% |
| | Posti letto DH attivi | 6 | | 6 | | | | | | | |
| | Occupazione media DH | 29% | | 41% | | | | | | | |
| | 1.2) ricoveri diurni | 559 | € 391.266 | 731 | € 576.313 | 536 | € 375.631 | -23 | -€ 15.635 | -4,1% | -4,0% |
| | day hospital | 378 | € 256.964 | 455 | € 215.705 | 355 | € 241.329 | -23 | -€ 15.635 | -6,1% | -6,1% |
| | day surgery | 181 | € 134.302 | 276 | € 360.608 | 181 | € 134.302 | 0 | € - | 0,0% | 0,0% |
| | 2) Budget della specialistica ambulatoriale ospedaliera ⁽³⁾ | 1.981 | € 61.219 | 1.639 | € 49.398 | 2.027 | € 62.837 | 46 | € 1.618 | 2,3% | 2,6% |
| | 2.1) prestazioni ambulatoriali | 1.981 | € 61.219 | 1.639 | € 49.398 | 2.027 | € 62.837 | 46 | € 1.618 | 2,3% | 2,6% |
| | 2.2) prestazioni di laboratorio | - | € - | - | € - | - | € - | - | € - | - | - |
| | TOTALE 1) + 2) | 3.678 | € 4.113.491 | 3.412 | € 4.843.782 | 3.681 | € 4.050.934 | 3 | -€ 62.557 | 0,1% | -1,5% |
| | 3) Budget prestazioni intermedie fruite ⁽⁴⁾ | 123.626 | € 763.339 | 118.646 | € 678.087 | 114.822 | € 450.030 | -8.804 | -€ 313.309 | -7,1% | -41,0% |
| | 3.1) Medicina di laboratorio | 113.749 | € 308.279 | 110.053 | € 288.182 | 108.464 | € 284.152 | -5.285 | -€ 24.127 | -4,6% | -7,8% |
| | 3.2) Diagnostica per immagini | 2.789 | € 266.105 | 2.465 | € 228.436 | 2.746 | € 252.800 | -44 | -€ 13.305 | -1,6% | -5,0% |
| | 3.3) Patologia clinica | 6.334 | € 129.771 | 5.424 | € 106.127 | 5.640 | € 108.521 | -694 | -€ 21.250 | -11,0% | -16,4% |
| | 3.4) Immunoematologia | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. |
| | 3.5) Anatomia patologica | 754 | € 59.185 | 704 | € 55.342 | 718 | € 57.357 | -36 | -€ 1.828 | -4,8% | -3,1% |
| <div> <div>Per la Direzione</div> <div>Responsabile</div> <div>Data</div> </div> <div> <div>_____</div> <div>Dott./Prof. _____</div> <div>____/____/____</div> </div> | | | | | | | | | | | |
| <div> a cura del Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H interno: 3765 - fax: 2304 email: controllodigestione.aou@unina.it </div> | | | | | | | | | | | |

- Budget delle Risorse

Anche in tal caso, come anticipato, sono state adottate semplificazioni negli schemi proposti dalle linee guida regionali.

Come per il budget della produzione, per l'anno 2010 sono stati impiegati i dati forniti dal sistema informativo Jasper/Data Warehouse, mentre per l'anno 2012 si è proceduto ad una previsione sulla base dei dati di bilancio disponibili per i primi sei mesi 2011 auspicando per gran parte delle voci una riduzione del 10% in linea con quanto previsto nel Piano della Performance 2011 - 2013. Tale obiettivo è stato ridefinito in sede di negoziazione.


Il Budget delle Risorse si compone di:

Budget degli acquisti. Sono rilevati i costi dei consumi dei beni sanitari (farmaci e dispositivi) il cui valore è stato tratto dal sistema informativo Jasper/Datawarehouse. Invece, il valore target per l'anno 2012 è stato determinato, in base a disposizione del Direttore Generale, come media aritmetica degli anni 2010 e 2011. Come si vedrà in fase di valutazione il criterio adottato per determinare il rispetto del target, che in tal caso rappresenta un tetto di spesa, ha previsto di ponderare i consumi al volume di attività ed alla complessità (peso medio) della stessa.

Budget del Personale. In relazione a tale budget, si è ritenuto opportuno inserire unicamente la voce "straordinari", la quale rappresenta l'unica voce di costo del personale sulla quale il Dipartimento può esercitare un controllo. Inoltre, a causa del blocco del turnover non è stato possibile procedere ad una vera e propria previsione di organico per l'anno 2012.

Anche in tal caso i dati sono resi disponibili dal sistema informativo Jasper/Datawarehouse. Allo scopo di rendere l'idea dell'effettivo utilizzo del lavoro straordinario sono stati riportati i dati relativi allo straordinario "comunicato" dai Dipartimenti che differisce dallo straordinario liquidato risultante dal Bilancio aziendale.

Figura19: Budget delle Risorse



Azienda
ospedaliera
universitaria
Federico II
Integrata con il Servizio Sanitario Regionale

BUDGET 2012

ALLEGATO N. 2

| BUDGET / DAS e SERVIZI | | DAs di | | | | |
|-----------------------------|--|--------------|-------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | Δ scostamento 2012-2010 | |
| | | | | | Valori assoluti | Percentuale |
| BUDGET DELLE RISORSE (6) | A) Budget degli acquisti | | | | | |
| | 1) Beni di consumo sanitari⁽⁷⁾ | € 1.837.172 | € 1.943.187 | € 1.890.180 | € 53.008 | 2,9% |
| | 1.1) farmaci | € 314.239 | € 334.322 | € 324.280 | € 10.041 | 3,2% |
| | di cui ad uso interno | € 314.239 | € 334.322 | € 324.280 | € 10.041 | 3,2% |
| | di cui a compensazione | € - | € - | € - | € - | 0,0% |
| | 1.2) dispositivi | € 1.522.933 | € 1.608.866 | € 1.565.899 | € 42.966 | 2,8% |
| | B) Budget del personale | | | | | |
| | 1) Costo straordinario | € 372.366 | € 423.240 | | | |
| | n. ore straordinario | 20.598 | 22.983 | | | |

Per la Direzione

Resp.le Dott./Prof.

Data

a cura del Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H

interno: 3765 - fax: 2304

email: controllodigestione.aou@unina.it

2

Fonte: AOU Federico II – Controllo di gestione

Infine, allo scopo di rendere un'informazione aggiuntiva sull'andamento, che negli ultimi tre anni, ha interessato le voci di costi e ricavo, di consumi e produzione, e di avere una chiara visione delle relazioni intercorrenti tra attività e caratteristiche di appropriatezza e complessità, tra attività e consumi, sono state ideate schede di sintesi e grafici esplicativi per singole voci e per singole aree funzionali.

Si riportano di seguito a titolo esemplificativo gli strumenti adottati.

Figura 20: Andamento consumi

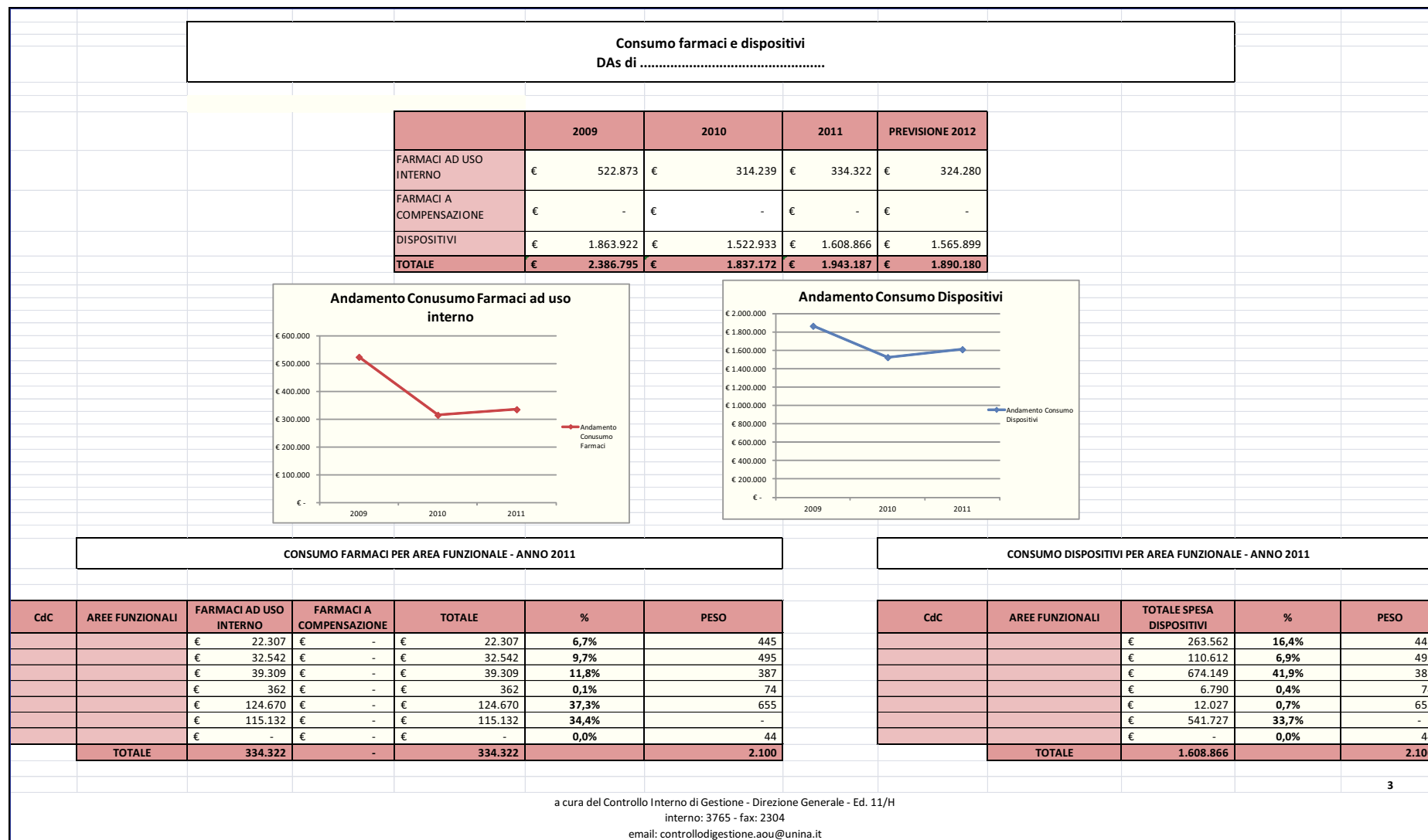


Figura 21: Andamento consumi

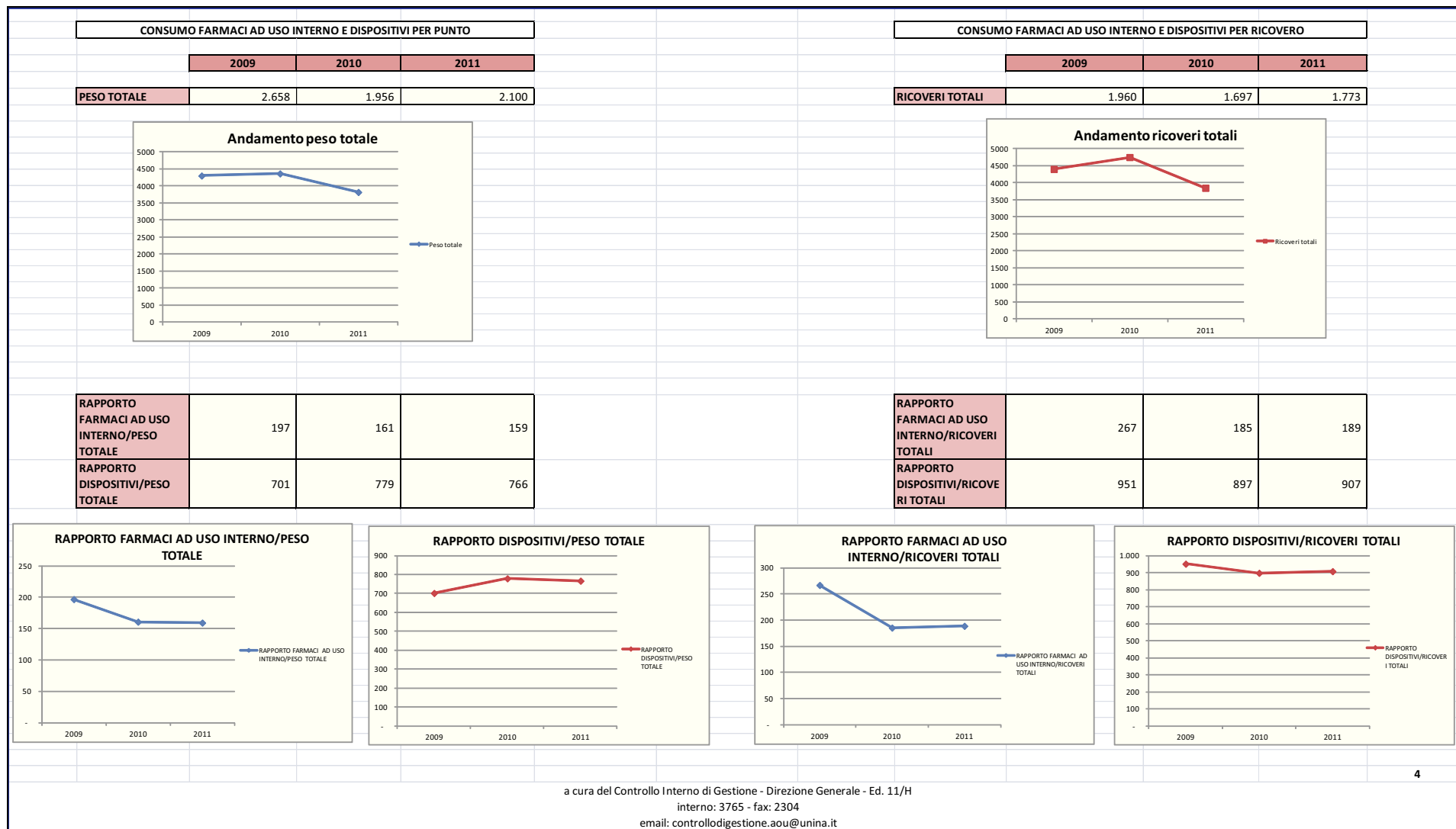
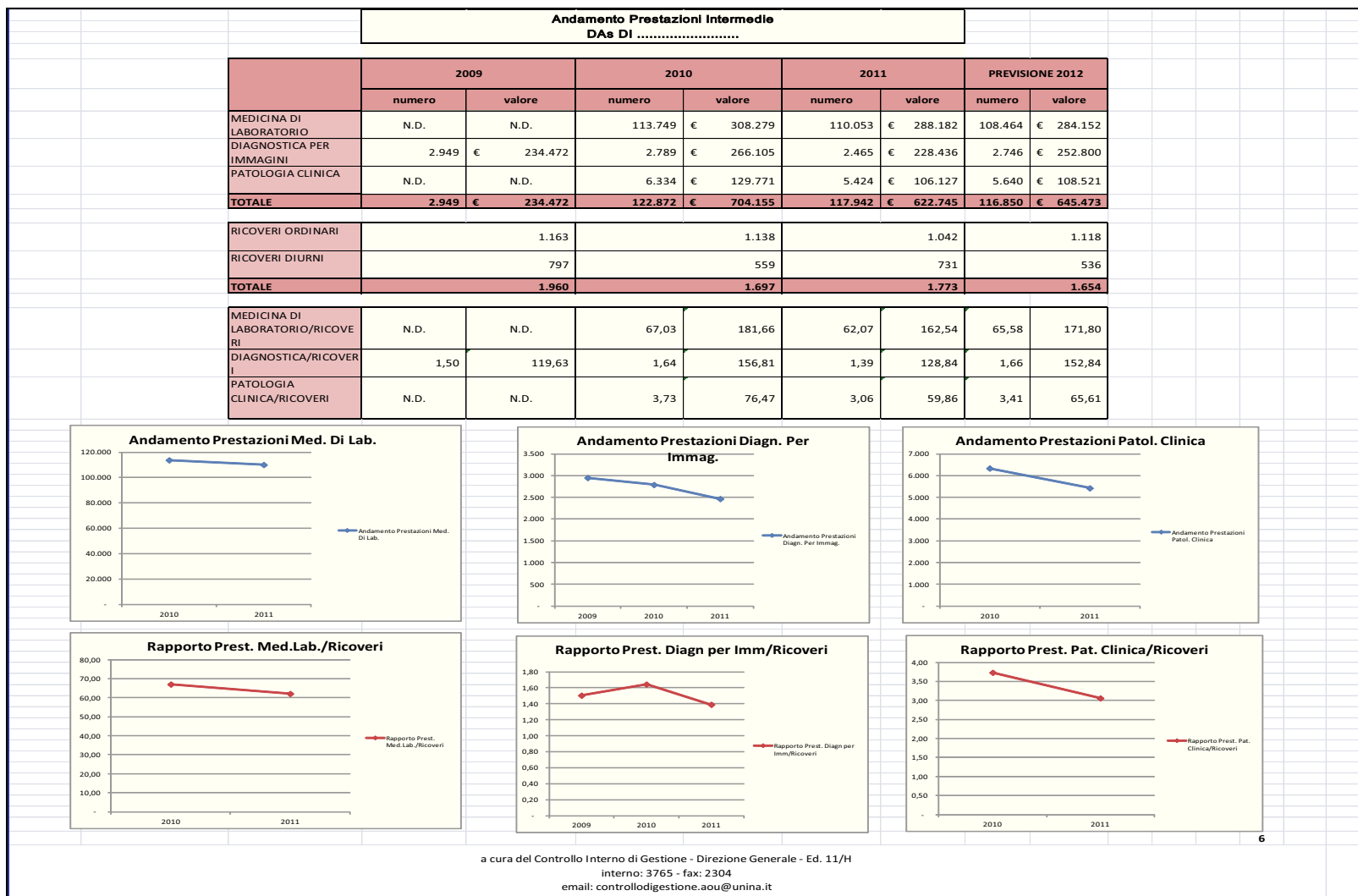


Figura 22: Andamento Prestazioni intermedie



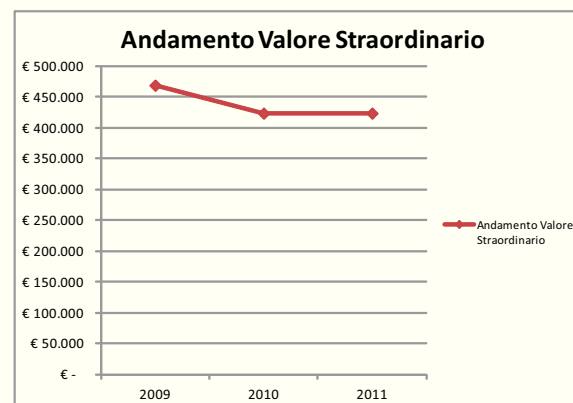
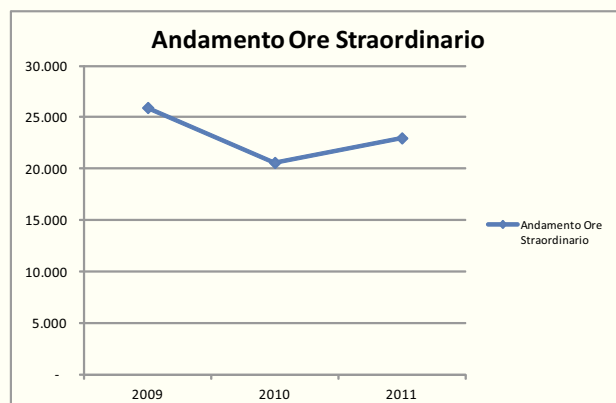
| | | | | | | | |
|--|-----------------|---------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|
| PRESTAZIONI RICHIESTE A MEDICINA DI LABORATORIO | | | | | | | |
| | | 2010 | | 2011 | | | |
| Cdc | AREE FUNZIONALI | numero | valore | numero | valore | | |
| | | 16.169 | € 43.377 | 16.024 | € 41.518 | | |
| | | 21.349 | € 57.359 | 22.548 | € 59.504 | | |
| | | 15.938 | € 43.019 | 15.573 | € 41.157 | | |
| | | 3.160 | € 8.451 | 1.947 | € 5.578 | | |
| | | 53.615 | € 146.931 | 52.243 | € 135.669 | | |
| | | - | € - | - | € - | | |
| | | 3.518 | € 9.143 | 1.718 | € 4.755 | | |
| | TOTALE | 113.749 | € 308.280 | 110.053 | € 288.181 | | |
| PRESTAZIONI RICHIESTE A DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | | | | | | | |
| | | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
| Cdc | AREE FUNZIONALI | numero | valore | numero | valore | numero | valore |
| | | 642 | € 72.263 | 688 | € 81.531 | 588 | € 70.567 |
| | | 758 | € 47.932 | 710 | € 56.069 | 723 | € 57.151 |
| | | 424 | € 20.658 | 458 | € 33.343 | 478 | € 32.561 |
| | | 302 | € 38.420 | 241 | € 31.809 | 112 | € 20.311 |
| | | 728 | € 48.267 | 599 | € 56.690 | 543 | € 47.050 |
| | | - | € - | - | € - | - | € - |
| | | 95 | € 6.931 | 93 | € 6.663 | 21 | € 796 |
| | TOTALE | 2.949 | € 234.471 | 2.789 | € 266.105 | 2.465 | € 228.436 |
| PRESTAZIONI RICHIESTE A PATOLOGIA CLINICA | | | | | | | |
| | | 2010 | | 2011 | | | |
| Cdc | AREE FUNZIONALI | numero | valore | numero | valore | | |
| | | 1.455 | € 25.141 | 1.260 | € 21.896 | | |
| | | 1.583 | € 27.532 | 1.688 | € 29.446 | | |
| | | 767 | € 13.195 | 789 | € 13.329 | | |
| | | 390 | € 6.708 | 272 | € 4.648 | | |
| | | 1.989 | € 54.667 | 1.372 | € 36.033 | | |
| | | - | € - | - | € - | | |
| | | 150 | € 2.528 | 43 | € 776 | | |
| | TOTALE | 6.334 | € 129.771 | 5.424 | € 106.128 | | |
| | | | | | | | 7 |
| a cura del Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H interno: 3765 - fax: 2304 email: controllodigestione.aou@unina.it | | | | | | | |

Figura22: Andamento Prestazioni ambulatoriali

| Andamento Prestazioni Ambulatoriali DAs di | | | | | | | |
|---|---|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|
| AREE FUNZIONALI | AMBULATORI | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
| | | numero | valore | numero | valore | numero | valore |
| | | 156 | € 7.692 | 177 | € 9.000 | 169 | € 8.584 |
| | | 26 | € 444 | 5 | € 93 | 5 | € 93 |
| | | 87 | € 1.538 | 68 | € 1.230 | 93 | € 1.706 |
| | | 12 | € 223 | 0 | € - | 0 | € - |
| | | 8 | € 149 | 2 | € 32 | 9 | € 128 |
| | | 80 | € 1.442 | 109 | € 2.009 | 101 | € 1.866 |
| | | 456 | € 8.318 | 385 | € 7.129 | 335 | € 6.148 |
| | | 890 | € 35.111 | 904 | € 35.590 | 669 | € 26.088 |
| | | 346 | € 6.353 | 331 | € 6.136 | 258 | € 4.785 |
| | TOTALE | 2.061 | € 61.270 | 1.981 | € 61.219 | 1.639 | € 49.398 |
| | N° prestazioni ambulatoriali/giornate lavorative (250 gg) | 8 | € 245 | 8 | € 245 | 7 | € 198 |
| a cura del Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H interno: 3765 - fax: 2304 email: controllodigestione.aou@unina.it | | | | | | | 5 |

Figura 23: Andamento ore straordinario

| Straordinario e Dotazioni Organiche DAs DI | | | | | | |
|---|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|
| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
| | numero ore | valore | numero ore | valore | numero ore | valore |
| Dirigenti Medici | 2.272 | € 61.482 | 1.847 | € 59.254 | 2.425 | € 68.386 |
| Dirigenza Sanitaria | - | € - | - | € - | - | € - |
| Dirigenza Tecnico Professionale Amm.va | - | € - | - | € - | - | € - |
| Infermiere | 18.424 | € 333.145 | 14.664 | € 296.268 | 16.540 | € 294.063 |
| Amministrativi | 392 | € 6.519 | 323 | € 4.232 | 261 | € 4.369 |
| Ausiliari | 4.309 | € 58.685 | 3.160 | € 50.789 | 3.140 | € 46.615 |
| Tecnico Sanitario | 45 | € 723 | 105 | € 8.465 | 69 | € 1.120 |
| Tecnico non Sanitario | 499 | € 7.909 | 499 | € 4.232 | 548 | € 8.686 |
| TOTALE | 25.941 | € 468.462 | 20.598 | € 423.240 | 22.983 | € 423.240 |



8

a cura del Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H
 interno: 3765 - fax: 2304
 email: controllodigestione.aou@unina.it

| DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12 | | | | | STRAORDINARIO PRO-CAPITE | | | | | |
|--|-----------|-----------|------------------------|-----------------|------------------------------------|---|------|------|------|---|
| | 2009 | 2010 | 2011 | PREVISIONE 2012 | | | | | | |
| Dirigenti Medici | 14 | 15 | 14 | 14 | | | | | | |
| Dirigenti Sanitari | - | - | - | - | | | | | | |
| Dirigenti Tecnici- Professionali- Amministrativi | - | - | - | - | | | | | | |
| Infermieri | 49 | 44 | 38 | 37 | | | | | | |
| Amministrativi | 4 | 4 | 3 | 3 | | | | | | |
| Ausiliari | 7 | 5 | 4 | 3 | | | | | | |
| Tecnici Sanitari | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | |
| Tecnici non Sanitari | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | |
| Specialisti ambulatoriali | 5 | 5 | 5 | 5 | | | | | | |
| TOTALE | 81 | 75 | 66 | 64 | | | | | | |
| POSTI LETTO ATTIVI AD INIZIO ANNO | | | | | DOTAZIONE ORGANICA PER POSTO LETTO | | | | | |
| | 2009 | 2010 | | 2011 | | | 2009 | 2010 | 2011 | |
| | numero PL | numero PL | variaz. % 2010-2009 | numero PL | variaz. % 2011-2010 | | | | | |
| POSTI LETTO RICOVERI ORDINARI | 55 | 55 | 0% | 55 | 0% | Dirigenti medici+specialis ti ambulatoriali | 0,31 | 0,33 | 0,31 | |
| POSTI LETTO DAY HOSPITAL | 6 | 6 | 0% | 6 | 0% | Infermieri | 0,80 | 0,72 | 0,62 | |
| TOTALE | 61 | 61 | 0,0% | 61 | 0,0% | Ausiliari | 0,11 | 0,08 | 0,07 | |
| | | | | | | | | | | 9 |
| a cura del Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H interno: 3765 - fax: 2304 email: controllodigestione.aou@unina.it | | | | | | | | | | |

Budget anno 2013:

In relazione al processo di budget per l'anno 2013, non è stato possibile procedere all'elaborazione delle schede di budget, sia perché il processo ha avuto inizio con notevole ritardo a causa del rinnovo dei vertici aziendali, sia per il cambiamento intervenuto nella struttura organizzativa aziendale (passaggio dai DAs ai DAI), che ha determinato la necessità di adeguamento dei sistemi informativi e la definizione di un nuovo piano dei Centri di Rilevazione ad oggi ancora in corso.

Pertanto, sono stati definiti gli obiettivi per l'anno 2013 ed elaborate le relative schede.

6) Ricognizione obiettivi strategici aziendali e definizione di obiettivi, pesi, indicatori e target per i Centri di Responsabilità.

Le attività previste in questa fase del processo si differenziano in genere in funzione del modello di formulazione degli obiettivi che l'azienda decide di adottare.

L'AOU Federico II ha adottato una logica di tipo top down partecipato, in base alla quale gli obiettivi sono declinati dalla Direzione Aziendale ad un livello di ampiezza tale da consentire ai singoli Centri di Responsabilità una specificazione rispetto alle effettive modalità di raggiungimento oppure, in alternativa, una integrazione con altri obiettivi a miglioramento/completamento di quelli assegnati.

Criteri di determinazione degli obiettivi aziendali e dipartimentali

Gli obiettivi strategici aziendali per il periodo 2011 – 2013 sono stati adottati con Deliberazione del Direttore Generale n. 138 del 31 marzo 2011 di adozione del Piano della Performance, Ciclo della Performance e Balanced Scorecard.

In particolare, approvato il Protocollo di intesa 2011 – 2013 tra Università degli Studi di Napoli Federico II e Regione Campania, la Direzione Strategica ha definito i macro obiettivi aziendali da raggiungere nel medio termine e nei singoli tre anni dell'arco temporale di riferimento, esplicitando non solo gli obiettivi previsti nell'ambito del protocollo d'intesa, ma anche gli obiettivi strategici individuati come prioritari.

E' importante, tener presente che al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Protocollo di intesa tra Università e Regione è correlato il finanziamento pari a 191 milioni di euro più l'1% all'anno nel 2012 e 2013, oltre che finanziamenti aggiuntivi di

20 milioni di euro circa, laddove vengano raggiunti gli obiettivi di appropriatezza e complessità.

Il processo di definizione degli obiettivi a partire dall'anno 2012 si è integrato nel processo di budget secondo quanto previsto dalle disposizioni regionali contenute nei Decreti del Commissario ad Acta n. 14/2009 e n. 60/2011.

Il budget presenta una funzione di comunicazione della strategia individuata dal vertice per cui, a partire dagli obiettivi aziendali delineati nel Piano della performance e da quelli definiti nel Protocollo di intesa tra Università e Regione, la Direzione ha delineato gli obiettivi specifici per i Dipartimenti e i Servizi, declinandoli nelle seguenti categorie:

- anno 2012: efficienza, complessità ed appropriatezza per i Dipartimenti Assistenziali (DAs); efficienza, organizzazione e processi lavorativi, qualità, complessità, sicurezza, informatizzazione, comunicazione, formazione per i Servizi Amministrativi;

- anno 2013: efficienza, informatizzazione, appropriatezza ed efficacia, complessità, sorveglianza sanitaria per i Dipartimenti Attività Integrata (DAI); efficienza, trasparenza, farmacovigilanza, farmacoeconomia, sicurezza, informatizzazione, formazione, appropriatezza, qualità, certificabilità dei dati e dei bilanci, comunicazione, per i Servizi Amministrativi

In relazione a ciascuna categoria sono stati predisposti uno o più obiettivi specifici, coerenti con i macro obiettivi aziendali, e a ciascuno di essi è associato un indicatore ed un target.


Una delle criticità che si è riscontrata in fase di definizione degli obiettivi per i singoli dipartimenti è che ad essi, date le condizioni di “emergenza” in cui viene sempre a svolgersi il processo di assegnazione, non viene immediatamente correlato un peso. Quest'ultimo, come si vedrà, viene definito prima di procedere al monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi.

Sono state predisposte due *schede obiettivi*: una scheda che illustra in modo sintetico i macro obiettivi aziendali, previsti dal protocollo di intesa tra Regione ed Università, e gli obiettivi specifici correlati. Questi ultimi hanno rappresentato il punto di partenza per la predisposizione del Piano della Performance nel febbraio 2011 e per la

definizione degli obiettivi specifici per i singoli DAs e Servizi sintetizzati nella seconda scheda.

In quest'ultima, accanto agli obiettivi e agli indicatori proposti dalla Direzione Aziendale, è prevista una colonna nella quale ciascun responsabile può indicare obiettivi specifici e relativi indicatori, che ritiene opportuno proporre in sede di negoziazione.

Figura 24: Obiettivi Aziendali

| | | | |
|--|--|---|--|
|  | | OBIETTIVI AZIENDALI (RIF. EMANANDO PROTOCOLLO DI INTESA REGIONE CAMPANIA - UNIVERSITA') | |
| MACRO OBIETTIVI EMANANDO PROTOCOLLO DI INTESA ART.12 | | OBIETTIVI SPECIFICI | |
| Finanziamento 191 milioni di euro incrementato dell'1% all'anno nel 2012 e nel 2013 | | 1. mantenimento volume complessivo prestazioni e funzioni assicurate nell'anno 2010 ai fini dell'incremento dell'1% all'anno del finanziamento regionale | |
| | | 2. attivazione nuove funzioni di emergenza individuabili nel Decreto n. 49 del 29 settembre 2010 (Hub Cardiologia e Hub Stroke) | |
| Finanziamento annuo aggiuntivo: | | 1. riduzione strutture complesse del 7% entro il 2011, 14% entro il 2012, 20% entro il 2013 | |
| 20 milioni euro per l'anno 2011 | | 2. aumento peso medio DRG ricoveri ordinari rispetto a quello registrato nel 2009-2010: 3% nel 2011, 6% nel 2012, 9% nel 2013 | |
| 22 milioni euro per l'anno 2012 | | 3. riduzione inappropriatezza dei ricoveri erogati in regime ordinario e diurno rispetto alla media del 2009-2010, del 7% nel 2011, del 14% nel 2012, del 20% nel 2013 | |
| 24 milioni euro per l'anno 2013 | | | |
| a cura del Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H - interno: 3765 - fax: 2304 - email: controllodigestione.aou@unina.it | | | |

Fonte: AOU Federico II – Controllo di gestione

Tabella 2: Obiettivi Dipartimentali Anno 2012 AOU Federico II

| CATEGORIA OBIETTIVO | OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO CONCORDATO | AZIONI DA REALIZZARE | INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO | TARGET 2012 | STRUMENTO DI VERIFICA | RESP.LE VERIFICA |
|---------------------|--|--|---|---|-------------|-------------------------|---------------------|
| Efficienza | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione | % schede trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione | 100% | SDO | Direzione Sanitaria |
| | | | Identificazione di un medico strutturato quale referente per le procedure SDO/DRG | SI/NO | SI | Lettera nomina | Direzione Sanitaria |
| | | | Partecipazione del referente individuato a formazione specifica su SDO/DRG organizzata dalla DS. | SI/NO | SI | Registro presenze | Direzione Sanitaria |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo farmaci | Il consumo di farmaci, ad eccezione di quelli a compensazione, non può superare la media degli anni 2010/2011. | | Media consumi anni 2010 - 2011 | (valore) | OLIAMM | Farmacia |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo dispositivi | Il consumo di dispositivi non può superare la media degli anni 2010/2011. | | Media consumi anni 2010 - 2011 | (valore) | OLIAMM | Farmacia |
| | Censimento delle apparecchiature elettromedicali | Censimento delle apparecchiature elettromedicali in dotazione al DAS, entro il 15 Dicembre 2012 | Completamento del censimento e supporto alle attività di censimento tecnico del Settore Gestione Apparecchiature Elettromedicali. | SI/NO | SI | Modello censimento SGAE | SGAE |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|-----------------------------------|--|---------------|---------------------|
| Appropriatezza | 100% appropriatezza ricoveri | Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | Scelta corretto regime assistenziale secondo quanto disposto dai decreti commissariali | N° ricoveri inappropriati DRG LEA | Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | SDO/ADT | Direzione Sanitaria |
| Complessità | Aumento complessità ricoveri ordinari. | Aumento peso medio dei ricoveri ordinari | Migliore codifica delle SDO | Peso medio DRG RO | (valore) | SDO/DRG QUANI | Direzione Sanitaria |

Figura 25: Scheda Obiettivi per singolo DAS


| <div>  OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2012 </div> | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|--|-------------------------|---------------------|
| DAs di | | | | | | | | |
| CATEGORIA OBIETTIVO* | OBIETTIVO AZIENDALE | NOTE/ OSSERVAZIONI EMERSE DURANTE L' INCONTRO | OBIETTIVO SPECIFICO PROPOSTO E CONCORDATO CON LA DIREZIONE GENERALE | AZIONI DA REALIZZARE | INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO | TARGET 2012** | STRUMENTO DI VERIFICA | RESP.LE VERIFICA*** |
| Efficienza | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione | % schede trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione | 100% | SDO | Direzione Sanitaria |
| | | | | Identificazione di un medico strutturato quale referente per le procedure SDO/DRG | SI/NO | SI | Lettera nomina | Direzione Sanitaria |
| | | | | Partecipazione del referente individuato a formazione specifica su SDO/DRG organizzata dalla ASL | SI/NO | SI | Registro presenze | Direzione Sanitaria |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo farmaci | | Il consumo di farmaci, ad eccezione di quelli a compensazione, non può superare la media degli anni 2010/2011. | | Media consumi anni 2010 - 2011 | (valore) | OLIAMM | Farmacia |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo dispositivi | | Il consumo di dispositivi non può superare la media degli anni 2010/2011. | | Media consumi anni 2010 - 2011 | (valore) | OLIAMM | Farmacia |
| | Censimento delle apparecchiature elettromedicali | | Censimento delle apparecchiature elettromedicali in dotazione al DAs, entro il 15 Dicembre 2012 | Completamento del censimento e supporto alle attività di censimento tecnico del Settore Gestione Apparecchiature Elettromedicali. | SI/NO | SI | Modello censimento SGAE | SGAE |
| Appropriatezza | 100% appropriatezza ricoveri | | Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | Scelta corretto regime assistenziale secondo quanto disposto dai decreti commissariali | N° ricoveri inappropriati DRG LEA | Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | SDO/ADT | Direzione Sanitaria |
| Complessità | Aumento complessità ricoveri ordinari. | | Aumento peso medio dei ricoveri ordinari | Migliore codifica delle SDO | Peso medio DRG RO | (valore) | SDO/DRG QUANI | Direzione Sanitaria |
| * Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2012. | | | | | | | | |
| ** Il monitoraggio degli obiettivi sarà effettuato sull'ultimo quadrimestre 2012 e sarà prodotto ed inviato ai DAs un report entro il 15/10/2012 ed entro il 31/01/2013. | | | | | | | | |
| *** I Resp.li della verifica dovranno fornire al Controllo di Gestione, i dati utili al monitoraggio entro il 30 settembre 2012 ed entro il 31 dicembre 2012. | | | | | | | | |
| a cura del Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H interno: 3765 - fax: 2304 email: controllodigestione.aou@unina.it | | | | | | | | |

Tabella 3: Obiettivi Servizi Amministrativi anno 2012 AOU Federico II

| CATEGORIA OBIETTIVO | OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO PROPOSTO E CONCORDATO CON LA DIREZIONE GENERALE | AZIONI DA REALIZZARE | INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO | TARGET 2012 | STRUMENTO DI VERIFICA |
|--------------------------------|--|--|--|---|-------------------------------|--------------------------------------|
| Efficienza | Riduzione del contenzioso (Affari Legali) | Riduzione del contenzioso rispetto all'anno 2011 | Attivare le procedure transattive con le società | (N° Transazioni 2012-N° transazioni 2011)/N° Transazioni 2011 | Aumento Transazioni del 2% | Atti transattivi |
| | Ottimizzazione dei procedimenti amministrativi (Affari Generali) | Razionalizzazione ed ottimizzazione procedure amministrative | Attivazione reportistica per i provvedimenti dirigenziali di competenza del servizio | SI/NO | SI | Report |
| | | Definizione regolamenti | Redazione regolamenti | N° Regolamenti | N° 2 Regolamenti | Regolamenti |
| | Pubblicazioni albo pretorio (Sett. Segreteria) | Informatizzazione e meccanizzazione delle deliberazioni e disposizioni della Direzione Generale ai fini della pubblicazione in Albo Pretorio | Pubblicare delibere e disposizioni in albo pretorio | SI/NO | SI | Sito internet |
| | Razionalizzazione procedure di manutenzione | Implementazione piano di attività di manutenzione ordinaria e straordinaria | Implementare piano attività manutenzione nel rispetto del budget previsto | SI/NO | SI | Report di verifica |
| | Censimento apparecchiature elettromedicali | Realizzazione censimento di tutte le apparecchiature elettromedicali presenti in azienda presso i vari DAS | Raccolta dati censimento | SI/NO | SI | Scheda censimento apparecchiature |
| | Ottimizzazione gestione pagamenti | Pagamenti prestazioni sanitarie mediante casse automatizzate | Effettuare pagamenti con casse automatizzate | SI/NO | SI | Ricevute pagamenti |
| | Ottimizzazione proceure di gara | Concludere i procedimenti delle gare per l'affidamento di: Servizio di Ristorazione; Servizio manutenzione aree a verde e degli impianti; Servizio di prelievo, trasporto e smaltimento rifiuti e fornitura contenitori; Servizio di pulizia; Concessione servizio ristoro con | Concludere i procedimenti di gara | SI/NO | SI | Documenti di gara |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|--------------------------------------|
| | | distributori automatici | | | | |
| | Efficienza sistema informativo Iriswin | Comunicazioni modifiche/variazioni sul sistema Iriswin | Comunicazioni scritta alla Direzione Generale e al Controllo di gestione delle modifiche/variazioni sul sistema Iriswin | % comunicazioni fatte (n. comunicazioni/totale variazioni) | 100% | Comunicazioni scritte |
| | | Implementazione su software già esistente (Iriswin) del personale con contratto atipico (convenzionati, interinali, ecc.) | Registrazione personale con contratto atipico | SI/NO | SI | Presenza su Iriswin |
| | | Implementazione registrazione straordinario prestato da e per altri DAs | Registrazione straordinario erogato/fruito da e per altri DAs | SI/NO | SI | Presenza su Iriswin |
| | Ricognizione della debitoria dell'AOU | Ricognizione della debitoria dell'AOU alla luce del D.D. del commissario ad Acta n° 7 del 30/01/2012 | Ricognizione della debitoria | SI/NO | SI | Mastrini Fornitori/Elenchi fornitori |
| | Elaborazione ed esecuzione Atti Transattivi | Elaborazione ed esecuzione Atti Transattivi sulla base dei dati rinvenienti dalla ricognizione debitoria dell'AOU | Elaborazione ed esecuzione Atti Transattivi | n° fatture correlate agli Atti Transattivi | n° 1000 fatture del valore totale di euro 20.000 | Fatture |
| | Elaborazione esatta della base pensionistica di n° 2000 unità di personale universitario | Riallineamento delle procedure stipendiali alla luce delle circolari INPDAP, fondi pensionistico e previdenziale di n° 300 unità di personale universitario, per l'esatta elaborazione della base pensionistica dello stesso personale | Riallineamento delle procedure stipendiali alla luce delle circolari INPDAP, fondi pensionistico e previdenziale | n° dipendenti trattati/tot. Dipendenti da trattare nel 2012 | 100% dipendenti trattati (n° 300 dipendenti trattati) | Documentazione relativa |
| | Certificazione crediti | Certificazione crediti inseriti sulla piattaforma SORESA con conseguente emissione mandati di pagamento | Certificazione crediti | n° certificazioni rilasciate | n° 60 certificazioni del valore di euro 60.000 | Certificazioni |
| | | | | n° mandati emessi | n° 1500 mandati | Mandati |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|--|------------|---------------------------------|
| Organizzazione e processi lavorativi | Organizzazione attività di manutenzione | Definizione procedure manutenzione | Elaborare n. 1 procedura entro il 31/12/2012 | SI/NO | SI | Procedura |
| | Miglioramento processi di assistenza | Aumento appropriatezza rispetto all'anno 2010 con riferimento alle percentuali indicate nel protocollo di intesa | Analisi dei volumi di attività e dei regimi di erogazione | SI/NO | SI | Relazione motivata |
| | Monitoraggio del consumo farmaci/dispositivi | Comunicazione a ciascun DAS dei risultati di scostamento rilevati dal monitoraggio del consumo farmaci/dispositivi | Creazione report | SI/NO | SI | Report inviato |
| | Gestione forniture | Stesura di un maggior numero di gara, rispetto al 2011, per farmaci e dispositivi non rientranti in gare SORESA | Redazione capitolati | n° gare in più indette nel 2011 rispetto al 2012 | 30% in più | Capitolati ed espletamento gare |
| | | Aumento grado di adesione alle forniture proposte dalle gare SORESA | Aderire alle gare SORESA per forniture | n° gare SORESA alle quali si è aderito/n° gare indette da SORESA | 100% | Documenti partecipazione gara |
| | Valutazione economica delle tecnologie (in senso lato) esistenti e nuove | Creazione di una Check list interna per le valutazioni economiche di HTA | Creazione Check list interna | SI/NO | SI | Check List |
| | Reportistica direzionale | Creazione di report direzionale per Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo | Creazione di report direzionale | SI/NO | SI | Report direzionale |
| | Monitoraggio sulle % di raggiungimento obiettivi | Creazione e diffusione ai DAS dei report di monitoraggio sulle % di raggiungimento obiettivi | Creazione e diffusione ai DAS dei report di monitoraggio | SI/NO | SI | Report monitoraggio |
| Qualità | Miglioramento qualità prestazioni assistenziali | Monitoraggio sulla corretta applicazione per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza | Attività di monitoraggio | SI/NO | SI | Documentazione monitoraggio |
| | | Realizzazione e diffusione ai dipartimenti delle linee guida per la tricotomia pre-operatoria | Elaborazione linee guida e diffusione | SI/NO | SI | Linee guida |

| | | | | | | |
|-------------------|---|--|--|--|---------------------|---|
| Complessità | Aumento peso ricoveri ordinari | Rivalutazione SDO ai fini del raggiungimento degli obiettivi del Protocollo di intesa Università - Regione | Analisi delle SDO | SI/NO | SI | Valutazione dell'incremento del peso delle SDO dei RO |
| | | Formazione dei referenti dipartimentali per il miglioramento della procedura di valorizzazione dei ricoveri attraverso una corretta compilazione delle SDO | Corso di formazione | SI/NO | SI | Registro presenze |
| Sicurezza | Sicurezza nuovi blocchi operatori | Revisione percorsi per i nuovi Blocchi Operatori | Revisione percorsi relativi ai nuovi blocchi operatori | N. percorsi revisionati/Tot. nuovi Blocchi Operatori | N.3 procedure | Procedura terminata |
| | Adeguamento costante alle norme sulla sicurezza | Implementazione piani di gestione della sicurezza sulle vie di esodo | Implementare i piani di gestione della sicurezza | N° revisioni | N° 1 revisione/anno | Documentazione revisioni |
| | | Adeguamento dinamico del DVR | Adeguare il DVR | N° revisioni | N° 1 revisione/anno | Documentazione revisioni |
| Informatizzazione | Ottimizzazione procedure informatiche | Attivazione procedura per cedolino web personale aziendale | Attivare procedura | SI/NO | SI | Verifica di controllo |
| | | Attivazione Order Entry per DAs Patologia Clinica | Attivare Order Entry | SI/NO | SI | Verifica di controllo |
| | | Attivazione nuovo PACS e distribuzione immagini radioterapiche nei reparti | Attivare flusso | SI/NO | SI | Verifica di controllo |
| Comunicazione | Gestione ed evasione reclami in formato cartaceo e telefonici | Aumento % di evasione reclami generici | Analisi dei reclami ed evasione degli stessi | % reclami evasi | 80% | Modelli cartacei inviati all'ARSAN |
| | | Aumento % di evasione reclami correlati ai ritardi nella consegna di cartelle cliniche ai pazienti | Analisi di reclami specifici ed evasione degli stessi | | 80% | |

| | | | | | | |
|----------------------|--|---|---|--------------------------------------|-------|--------------------------------|
| Formazione aziendale | Programmazione corsi ECM | Attivazione almeno n° 20 corsi ECM | Riunioni, progettazione, accreditamento, svolgimento, valutazione | N. corsi ECM programmati ed attivati | N° 20 | Report finale dei corsi |
| | Analisi fabbisogno formativo interno all'AOU | Analisi fabbisogno formativo dei DAS finalizzata all'elaborazione piano formativo per il 2013 | Somministrazione questionari ai direttori dei DAS ed analisi degli stessi | SI/NO | SI | Documento fabbisogno formativo |

Tabella 4: Obiettivi Dipartimentali Anno 2013 AOU Federico II

| CATEGORIA OBIETTIVO | OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO PROPOSTO E CONCORDATO CON LA DIREZIONE GENERALE | AZIONI DA REALIZZARE | INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO | TARGET 2013 | PERIODO DI RIFERIMENTO | STRUMENTO DI VERIFICA | RESP.LE VERIFICA |
|------------------------|---|--|---|--|----------------|---------------------------|------------------------------|------------------------|
| Efficienza | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione | % schede trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione | 100% | Anno 2013 | SDO | Direzione Sanitaria |
| | Mantenimento media 2011 - 2012 per consumo farmaci e dispositivi a parità di media numero prestazioni e peso degli anni 2011-2012 | Il consumo di farmaci, ad eccezione di quelli a compensazione, non può superare la media degli anni 2011/2012 a parità di media numero prestazioni e peso degli anni 2011-2012 | | Media consumi anni 2011 - 2012 | € 473.330 | Anno 2013 | OLIAMM | Direzione Sanitaria |
| | | Il consumo di dispositivi non può superare la media degli anni 2011/2012 a parità di media numero prestazioni e peso degli anni 2011-2012 | | Media consumi anni 2011 - 2012 | € 3.446.094 | Anno 2013 | OLIAMM | Farmacia |
| | Riduzione Autoconvenzionamento per Anestesisti | Riduzione del 10% del numero ore di autoconvenzionamento esterno con mantenimento dei livelli assistenziali dell'anno 2012 | | (n° ore autoconvenzionamento 2013 - n° ore autoconvenzionamento 2012) / n° ore autoconvenzionamento 2012 | -10% | Settembre - Dicembre 2013 | Sistema rilevazione presenze | Servizio del personale |
| | Monitoraggio tempi di attesa | Monitoraggio tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni | Invio alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione di due report di monitoraggio (ad ottobre e dicembre) | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Report di monitoraggio | Direzione Sanitaria |
| | Monitoraggio tempi di refertazione | Monitoraggio tempi di refertazione | Invio alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione di due report di monitoraggio (ad | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Report di monitoraggio | Direzione Sanitaria |

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|--|--|------|---------------------------|------------------------|---------------------------|
| | | | ottobre e dicembre) | | | | | |
| Informatizzazione | Avvio gestione informatizzata del Processo Chirurgico (SOWEB) | Partecipazione a Corso di formazione di tutti gli operatori afferenti al blocco | Partecipazione a Corso di formazione di tutti gli operatori afferenti al blocco | SI/NO | SI | Anno 2013 | Registro presenze | Direzione Sanitaria |
| | Implementazione sistema per ECG on line | Utilizzo al 100% dell'ECG on line | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Report SIA | Direzione Sanitaria e SIA |
| | Incremento utilizzo firma digitale per la refertazione informatizzata delle prestazioni | Incremento utilizzo firma digitale per la refertazione informatizzata delle prestazioni | Utilizzo firma digitale per la refertazione informatizzata | (N° referti informatizzati con firma digitale/N° totale referti informatizzati) | 100% | Settembre - Dicembre 2013 | Report SIA | Direzione Sanitaria |
| | Monitoraggio informatizzato del percorso delle sacche con evidenza dei tempi del percorso | Monitoraggio informatizzato del percorso del 30% delle sacche di sangue con evidenza dei tempi del percorso | | (N° sacche consegnate/N° sacche monitorate) * 100 | 30% | Settembre - Dicembre 2013 | Report di monitoraggio | SIA |
| | Implementazione Order Entry per prestazioni diagnostiche di Medicina di Laboratorio | Incremento registrazione richieste tramite order entry per prestazioni diagnostiche di Medicina di Laboratorio | Almeno il 50% delle richieste di prestazioni diagnostiche di Medicina di Laboratorio per i DH devono essere registrate attraverso il Sistema Order Entry | (N° richieste registrate in OE/N° tot. Richieste) * 100 | 50% | Settembre - Dicembre 2013 | Order Entry | Direzione Sanitaria e SIA |
| | | | Almeno il 80% delle richieste di prestazioni diagnostiche di Medicina di Laboratorio per i RO devono essere registrate attraverso il Sistema Order Entry | (N° richieste registrate in OE/N° tot. Richieste) * 100 | 80% | Settembre - Dicembre 2013 | Order Entry | Direzione Sanitaria e SIA |
| Appropriatezza ed efficacia | Raggiungimento del 70% dell'appropriatezza dei ricoveri | Raggiungimento del 70% dell'appropriatezza dei ricoveri | Scelta corretto regime assistenziale secondo quanto disposto dai decreti commissariali | (N° ricov. appr. 2013 - Media Ricov. appr. 2009/2010)/Media Ricov. appr. 2009/2010 | 70% | Anno 2013 | SDO/ADT | Direzione Sanitaria |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--------|---------------------------|---|---------------------|
| | Incremento produttività dell'attività ambulatoriale | Incremento produttività dell'attività ambulatoriale del 10% rispetto all'anno 2012 | | (Numero prestazioni ambulatoriali anno 2013 - Numero prestazioni ambulatoriali anno 2012)/ Numero prestazioni ambulatoriali anno 2012 | 10% | Settembre - Dicembre 2013 | DWH | Direzione Sanitaria |
| | Incrementare i livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie | Ridurre il n° di Pcta eseguiti oltre 48 ore dal ricovero per infarto miocardio acuto (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.) | | Pcta eseguiti oltre 48 ore/Totale Pcta | 0,27% | Settembre - Dicembre 2013 | SDO | Direzione Sanitaria |
| | Corretto utilizzo sistema RIS | Corretto utilizzo sistema RIS | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Sistema RIS | Direzione Sanitaria |
| | Incrementare i livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie | Ridurre la degenza post operatoria di colecistectomie laparoscopiche (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.) | Dimettere entro 3 giorni | N° interventi con giornate di degenza < o = a 3 giorni/N° interventi totale | 99,39% | Settembre - Dicembre 2013 | SDO | Direzione Sanitaria |
| | | Ridurre il tempo di attesa per intervento frattura femore (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.) | Eseguire interventi per frattura femore entro 48 ore dall'ingresso in ospedale del paziente | N° interventi eseguiti entro le 48 ore/N° interventi totale | 94,23% | Settembre - Dicembre 2013 | SDO | Direzione Sanitaria |
| | | Ridurre il n° di parti con taglio cesareo primario (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.) | | N° tagli cesarei primari/N° parti totali | 3,97% | Settembre - Dicembre 2013 | SDO | Direzione Sanitaria |
| | Appropriatezza prestazioni richieste dai DAI ed erogate dal Servizio (Rif. Reg. n. 1/2007 - accreditamento istituzionale) | Partecipare alla gestione di pazienti con particolari patologie | Tenere incontri periodici con i clinici e dare evidenza di audit clinici | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Verbal di audit | Direzione Sanitaria |
| | | Valutazione appropriatezza prestazioni richieste dai DAI | Concordare con i clinici criteri raccolta informazioni ai fini della valutazione dell'appropriatezza | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Documento con esplicitazione dei criteri per la valutazione dell'appropriatezza | Direzione Sanitaria |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|-----------------------------|---|---|---------------------------|---------------|---------------------|
| | | | delle prestazioni | | | | | |
| Complessità | Aumento complessità ricoveri ordinari. | Aumento peso medio dei ricoveri ordinari del 9% rispetto alla media 2009-2010 | Migliore codifica delle SDO | (Peso medio 2013 - Media pesi medi 2009/2010) / Media pesi medi 2009/2010 | 9% | Anno 2013 | SDO/DRG QUANI | Direzione Sanitaria |
| Sorveglianza Sanitaria | Verifica microbiologica filiera produzione alimentare | Verifica microbiologica lungo l'intera filiera produzione e della distribuzione alimentare con apticolare riferimento alle nuove procedure inserite nel nuovo capitolato d'appalto (lavaggio utensili, distribuzione acqua) | | n. verifiche eseguite | n. 3 verifiche/anno (1 ogni quadrimestre) | Settembre - Dicembre 2013 | Relazione | Direzione Sanitaria |
| | Individuazione nuovi punti di controlli sulle acque | Individuazione nuovi punti di verificva delle acque destinate al consumo umano sui quali effettuare un controllo microbiologico periodico secondo il D. Lgs. 31/2001 e s.m.i. | | n. verifiche eseguite sui nuovi punti individuati | n. 3 verifiche/anno (1 ogni quadrimestre) | Settembre - Dicembre 2014 | Relazione | Direzione Sanitaria |

Figura 26: Scheda Obiettivi per singolo DAI


|  OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2013 DAI | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|-------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| CATEGORIA OBIETTIVO* | OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO PROPOSTO E CONCORDATO CON LA DIREZIONE GENERALE **** | AZIONI DA REALIZZARE | INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO | TARGET 2013 | PERIODO DI RIFERIMENTO | STRUMENTO DI VERIFICA | RESP.LE VERIFICA*** |
| Efficienza | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione | % schede trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione | 100% | Anno 2013 | SDO | DS (Dott. Maccarone/ Dott.ssa Egidio) |
| | Mantenimento media 2011 - 2012 per consumo farmaci e dispositivi a parità di media numero prestazioni e peso degli anni 2011-2012 | Il consumo di farmaci, ad eccezione di quelli a compensazione, non può superare la media degli anni 2011/2012 a parità di media numero prestazioni e peso degli anni 2011-2012 | | Media consumi anni 2011 - 2012 | € 806.921 | Anno 2013 | OLIAMM | Farmacia (Dott.ssa Vozza) |
| | | Il consumo di dispositivi non può superare la media degli anni 2011/2012 a parità di media numero prestazioni e peso degli anni 2011-2012 | | Media consumi anni 2011 - 2012 | € 3.735.157 | Anno 2013 | OLIAMM | Farmacia (Dott.ssa Vozza) |
| Informatizzazione | Avvio gestione informatizzata del Processo Chirurgico (SOWEB) | Partecipazione a Corso di formazione di tutti gli operatori afferenti al blocco | Partecipazione a Corso di formazione di tutti gli operatori afferenti al blocco | SI/NO | SI | Anno 2013 | Registro presenze | Direzione Sanitaria |
| | Implementazione Order Entry per prestazioni diagnostiche di Medicina di Laboratorio | Incremento registrazione richieste tramite order entry per prestazioni diagnostiche di Medicina di Laboratorio | Almeno il 50% delle richieste di prestazioni diagnostiche di Medicina di Laboratorio per i DH devono essere registrate attraverso il Sistema Order Entry | (N° richieste registrate in OE/N° tot. Richieste) * 100 | 50% | Settembre - Dicembre 2013 | Order Entry | Direzione Sanitaria e SIA |
| | Implementazione sistema per ECG on line | Utilizzo al 100% dell'ECG on line | Almeno il 80% delle richieste di prestazioni diagnostiche di Medicina di Laboratorio per i RO devono essere registrate attraverso il Sistema Order Entry | (N° richieste registrate in OE/N° tot. Richieste) * 100 | 80% | Settembre - Dicembre 2013 | Order Entry | Direzione Sanitaria e SIA |
| Appropriatezza ed efficacia | Raggiungimento del 70% dell'appropriatezza dei ricoveri | Raggiungimento del 70% dell'appropriatezza dei ricoveri | Scelta corretto regime assistenziale secondo quanto disposto dai decreti commissariali | (N° ricov. apr. 2013 - Media Ricov. apr. 2009/2010)/Media Ricov. apr. 2009/2010 | 70% | Anno 2013 | SDO/ADT | DS (Dott. Maccarone/ Dott.ssa Egidio) |
| | Incremento produttività dell'attività ambulatoriale | Incremento produttività dell'attività ambulatoriale del 10% rispetto all'anno 2012 | | (Numero prestazioni ambulatoriali anno 2013 - Numero prestazioni ambulatoriali anno 2012)/ Numero prestazioni ambulatoriali anno 2012 | 10% | Settembre - Dicembre 2013 | DWH | Direzione Sanitaria |
| | Incrementare i livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie | Ridurre la degenza post operatoria di colecistectomie laparoscopiche (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.) | Dimettere entro 3 giorni | N° interventi con giornate di degenza < o = a 3 giorni/N° interventi totale | 99,39% | Settembre - Dicembre 2013 | SDO | Direzione Sanitaria |
| | Incrementare i livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie | Ridurre il tempo di attesa per intervento frattura femore (Rif. Programma Nazionale 2012 Age.Na.S.) | Eeguire interventi per frattura femore entro 48 ore dall'ingresso in ospedale del paziente | N° interventi eseguiti entro le 48 ore/N° interventi totale | 94,23% | Settembre - Dicembre 2013 | SDO | Direzione Sanitaria |
| Complessità | Aumento complessità ricoveri ordinari. | Aumento peso medio dei ricoveri ordinari del 9% rispetto alla media 2009-2010 | Migliore codifica delle SDO | (Peso medio 2013 - Media pesi medi 2009/2010) / Media pesi medi 2009/2010 | 9% | Anno 2013 | SDO/DRG QUANI | DS (Dott. Maccarone/ Dott.ssa Egidio) |
| <p>* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2013.</p> <p>*** I Resp.li della verifica dovranno fornire al Controllo di Gestione, i dati utili al monitoraggio entro il 15/10/2013 ed entro il 30/01/2014.</p> <p>**** Il target di consumi farmaci e dispositivi potrà subire variazioni a seguito di ulteriori modifiche nella struttura organizzativa del DAI e dei criteri adottati per il ribaltamento dei costi di sala operatoria sulle unità che ne fruiscono.</p> | | | | | | | | |
| <p>per info: Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H interno: 3765 - fax: 2304 email: controlledigestione.aou@unina.it</p> | | | | | | | | |

Tabella 5: Obiettivi Servizi Amministrativi anno 2013 AOU Federico II

| CATEGORIA OBIETTIVO | OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO CONCORDATO CON LA DIREZIONE GENERALE | AZIONI DA REALIZZARE | INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO | TARGET 2013 | PERIODO DI RIFERIMENTO | STRUMENTO DI VERIFICA |
|--------------------------------|--|--|---------------------------------|---|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Efficienza | Adozione procedure tese alla razionalizzazione ed ottimizzazione dei procedimenti amministrativi nonché dei processi interni, anche alla luce delle nuove disposizioni normative | Regolamentazione procedure di controllo interno, in sinergia con le altre strutture amministrativa e dipartimentali per la mappatura dei processi amministrativi | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Regolamento |
| | Implementazione del processo di budget anno 2014 | Implementazione e Negoziazione processo di budget anno 2014 | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Documenti di budget |
| | Riduzione dei consumi "fuori gara" | Riduzione quota acquisizioni non conseguenti ad espletamento di gara | | (n. acquisti fuori gara 2013 - n. acquisti fuori gara 2012)/ n. acquisti fuori gara 2012 ----- --- (importo acquisti fuori gara 2013 - importo acquisti fuori gara 2012)/ importo acquisti fuori gara 2012 | Riduzione del 20% | Settembre - Dicembre 2013 | Report |

| | | | | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|--|-------------------|---------------------------|----------------------------|
| | Riduzione dei consumi di materiali di cancelleria | Servizio sperimentale utilizzo materiali di consumo per stampanti e fax "rigenerati" | | (n. acquisti nuovi materiali 2013 - n. acquisti nuovi materiali 2012)/ n. acquisti nuovi materiali 2012 ----- -- (importo acquisti nuovi materiali 2013 - importo acquisti nuovi materiali 2012)/ importo acquisti nuovi materiali 2012 | Riduzione del 20% | Settembre - Dicembre 2013 | Report |
| | Riduzione dei consumi "fuori gara" | Riduzione quota acquisizioni non conseguenti ad espletamento di gara | | (n. acquisti fuori gara 2013 - n. acquisti fuori gara 2012)/ n. acquisti fuori gara 2012 ----- --- (importo acquisti fuori gara 2013 - importo acquisti fuori gara 2012)/ importo acquisti fuori gara 2012 | Riduzione del 20% | Settembre - Dicembre 2013 | Report |
| | Ridurre i tempi di produzione del DUVRI | Ridurre i tempi di produzione del DUVRI | | n° giorni intercorrenti tra la richiesta del documento e la consegna dello stesso | 15 giorni | Settembre - Dicembre 2013 | N° protocollo e data invio |
| | Riduzione interessi debitori e spese legali | Definizione di azioni volte a monitorare decreti ingiuntivi, pagamenti, ecc. ed avvio transazioni con società creditrici | Transazioni con società creditrici | Riduzione interessi debitori e spese legali | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Report |
| | Individuazione aree di maggiore rischio clinico e | Individuazione aree di maggiore rischio clinico | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Relazione/Report |

| | | | | | | | |
|--|---|---|--|-------|----|---------------------------|--------------------------|
| | studio ed analisi problematiche di maggiore incidenza che danno luogo a contenzioso | Studio ed analisi problematiche di maggiore incidenza che danno luogo a contenzioso | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Relazione/Report |
| | Monitoraggio e controllo scadenze di disposizioni regionali | Monitoraggio e controllo scadenze di disposizioni regionali con segnalazione mensile delle inadempienze al Direttore Generale | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Report |
| | Monitoraggio e analisi tempi di intervento per la manutenzione | Monitoraggio ed analisi dei tempi di intervento per la manutenzione effettuata dalle aziende asterne | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Report |
| | Adozione normative sulla Trasparenza degli Atti Pubblici | Pubblicazione su sito web degli atti inerenti IL 100% delle procedure di gara per l'affidamento di contratti pubblici (art. 1 della Legge n. 190/2012 - c.d. Legge Anticorruzione) | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Sito web |
| | Adempimento normativa sulla trasparenza degli Enti Pubblici | Applicazione dell'art. 21 c. 1 della L. 18.06.2009 n. 69 e s.m.i. mediante pubblicazione sul sito aziendale delle retribuzioni annuali, dei curricula vitae dei dirigenti e dei tassi di assenza e maggiore presenza del personale. | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Sito web |
| | | Trasmissione telematica alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip. Della Funzione Pubblica delle notizie acquisite in relazione al personale dipendente nel rispetto della Circolare n. 183/2010 | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Ricevuta di trasmissione |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------|----|---------------------------|--|
| | Popolamento sito web aziendale ai fini della trasparenza | Popolamento sito web aziendale ai fini della trasparenza | Interfacciarsi con i servizi interessati ai fini del popolamento del sito web aziendale per l'adempimento alla normativa sulla trasparenza | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | sito web |
| | Monitoraggio sulla corretta pubblicazione sul sito aziendale | Monitoraggio sulla corretta pubblicazione sul sito aziendale come previsto dal D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 | | SI/NO | SI | Settembre - dicembre 2013 | Relazione |
| | Adeguamento normative vigenti | Adeguamento al Decreto-legge del 8 aprile 2013 n. 35 - Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento di tributi degli enti locali. | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Relazione |
| | Migliorare la gestione dei flussi informativi | Alimentazione flusso informativo SORESA e realizzazione adempimenti correlati (certificazione, mandati, inserimento nella piattaforma informatica) | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Relazione/Analisi flussi |
| | Migliorare l'efficienza negli adempimenti verso i dipendenti | Elaborazione delle schede sulle situazioni debitorie | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Scheda di rilevazione situazioni debitorie |

| | | | | | | | |
|------------------|---|---|--|-------------------|----------------|---------------------------|----------------------------------|
| Farmacovigilanza | Ispezioni sulla conservazione e gestione dei farmaci | Realizzare N. 4 Ispezioni nei reparti per verificare la conservazione e la gestione amministrativa dei farmaci | | n. ispezioni | n. 4 ispezioni | Settembre - Dicembre 2013 | Report/Registri |
| Farmacoeconomia | Monitoraggio del consumo farmaci/dispositivi | Comunicazione a ciascun DAI dei risultati di scostamento rilevati dal monitoraggio del consumo farmaci/dispositivi | Creazione report | SI/NO | SI | Anno 2013 | Report monitoraggio |
| Sicurezza | Adeguamento legislazione antincendio - Presentare progetti finalizzati alla realizzazione dei necessari lavori di adeguamento antincendio nei modi e nelle forme previste dal D.P.R. 151/2011 (rif. verbale vigili del fuoco n. 126041 Fasc. P.G. 15/2012 | Lavori necessari per la prosecuzione delle attività come da Tab. 1 del verbale vigili del fuoco n. 126041 Fasc. P.G. 15/2012 | Eliminare la comunicazione diretta tra I piano piano interrato con il vano scala della torre biologica ed. 19 | % lavori eseguiti | 100% | Settembre - Dicembre 2013 | Documentazione esecuzione lavori |
| | | | In prossimità dei luoghi a rischio specifico: centrali termiche, impianto di cogenerazione, cabina di decompressione gas siano tenuti in evidenza i presidi antincendio e le procedure da seguire in eventuale caso di emergenza | % lavori eseguiti | 100% | Settembre - Dicembre 2013 | Documentazione esecuzione lavori |
| | | Lavori risolutivi con le presentazioni delle S.C.I.A. come previsto da Tab. 3 del verbale vigili del fuoco n. 126041 Fasc. P.G. 15/2013 | Adeguare la rete di distribuzione dei gas medicinali del D.M. 18 settembre 2002 titolo III | % lavori eseguiti | 100% | Settembre - Dicembre 2013 | Documentazione esecuzione lavori |

| | | | | | | | |
|--------------------------|--|---|--|----------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------------------|
| | Miglioramento sicurezza | Realizzazione Corso di formazione di tutti gli operatori afferenti ai blocchi operatori per l'aggiornamento sulla normativa per la sicurezza in sala operatoria | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Relazione |
| | Aggiornamento degli operatori addetti all'assistenza sulle infezioni ospedaliere | Realizzazione Corso di formazione sulle infezioni ospedaliere per almeno il 20% del personale addetto all'assistenza | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Relazione |
| | | | | Partecipazione 20% del personale | 20% | Settembre - Dicembre 2013 | Registro presenze |
| | Adeguamento costante delle norme sulla sicurezza DVR | Aggiornamento continuo del piano di gestione della sicurezza sulle vie esodo - prescrizione VV.F. | Attuazione dei piani di gestione della sicurezza | N° revisioni /anno | N° 1 revisione/anno | Settembre - Dicembre 2013 | Documentazione revisione |
| | | Adeguamento dinamico del DVR | Adeguare il DVR | N° revisioni /anno | N° 1 revisione/anno | Settembre - Dicembre 2013 | Documentazione revisione |
| Informatizzazione | Rilevazione automatica presenze personale dipendente | Implementazione del nuovo sistema di rilevazione automatica delle presenze di tutto il personale operante presso l'AOU Federico II. | Predisposizione e consegna nuovo badge magnetico | % dei badge consegnati | 100% | Settembre - Dicembre 2013 | Documento trasmissione badge |
| Formazione | Accrescere le conoscenze e competenze delle risorse umane impiegate in azienda | Progettazione Piano formativo aziendale 2014 | | SI/NO | SI | Anno 2013 | Documento Piano Formativo |
| | | Realizzazione di almeno il 70% dei corsi previsti nel piano formativo aziendale 2013 | | % corsi realizzati | 70% | Anno 2013 | Registri corso |
| | | Accreditamento Provider ECM regionale definitivo | | SI/NO | SI | Anno 2013 | Documenti accreditamento |

| | | | | | | | |
|---|--|--|---|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Appropriatezza | Incremento complessità del case-mix dei ricoveri | Miglioramento codifica SDO ed appropriatezza ricoveri attraverso un controllo su almeno il 10% delle cartelle cliniche | Controllo su almeno il 10% delle cartelle cliniche | tot. Cartelle cliniche*10% | 10% | Settembre - Dicembre 2013 | Relazione |
| | Migliorare l'appropriatezza dell'erogazione dei ricoveri | Attivazione di n. 2 PACC di day service | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | File C |
| Informatizzazione | Incremento dell'implementazione utilizzo Order Entry | Incremento del 50% rispetto all'anno 2012, dell'implementazione utilizzo Order Entry per le richieste verso il DASME LAB | | incremento % | 50% | Settembre - Dicembre 2013 | REPORT AD HOC |
| | Avvio gestione informatizzata del Processo Chirurgico (SOWEB) | Realizzazione Corso di formazione di tutti gli operatori afferenti ai blocchi operatori interessati | | SI/NO | 80% del personale del blocco | Settembre - Dicembre 2013 | Relazione |
| Qualità | Monitorare la soddisfazione dell'utenza | Predisposizione/Revione scheda rilevazione grado di soddisfazione dell'utenza | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Relazione |
| Formazione e aggiornamento | Formazione sulla normativa sulla sicurezza | Realizzazione di corso di formazione sulla normativa sulla sicurezza | | n. unità di personale formate | n. 200 | Settembre - Dicembre 2013 | Registri presenze |
| Certificabilità dei dati e dei bilanci | Attuazione del Decreto Ministeriale 1 marzo 2013 in materia di definizione di Percorsi Attuativi della Certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie | Realizzare inventari fisici periodici per le immobilizzazioni | Predisposizione ed applicazione di una procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici che definisca: tempi, modi e responsabilità | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Docuemnto procedura |

| | | | | | | | |
|-------------------|---|---|--|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| | | | Predisposizione in occasione degli inventari di specifiche istruzioni operative | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Documento istruzioni operative |
| | | Accertare l'esistenza dei requisiti previsti per la capitalizzazione in bilancio delle manutenzioni straordinarie | Attivazione di un sistema di verifiche periodiche, delle spese di manutenzione al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità. | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Report |
| Informatizzazione | Attivazione armadietti farmaceutici | Attivazione n. 5 armadietti farmaceutici di reparto INDICARE DOVE | | N. armadietti farmaceutici attivati | n. 5 Armadietti farmaceutici | Settembre - Dicembre 2013 | Report |
| | Attivazione cartella clinica ambulatoriale | Attivazione cartella clinica ambulatoriale | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Relazione |
| | Dematerializzazione dei documenti aziendali (CAD - Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82) | Implementazione dell'utilizzo della Firma digitale | Inviare comunicazione sulla possibilità di adozione della Firma Digitale ad almeno il 50% dei soggetti interessati. | % comunicazioni inviate | 50% | Settembre - Dicembre 2013 | Comunicazione scritta/n. protocollo |
| | | Redazione regolamento al fine di predisporre piani di sostituzione degli archivi cartacei con archivi informatici, nel rispetto delle regole tecniche adottate ai sensi dell' articolo 71 . | | SI/NO | SI | Settembre - Dicembre 2013 | Regolamento |

| | | | | | | | |
|---------------|---|--|--|-----------------|-----|---------------------------|------------------------------------|
| Comunicazione | Gestione ed evasione reclami in formato cartaceo e telefonici | Aumento % di evasione reclami generici | | % reclami evasi | 90% | Settembre - Dicembre 2013 | Modelli cartacei inviati all'ARSAN |
| | | Aumento % di evasione reclami correlati ai ritardi nella consegna di cartelle cliniche ai pazienti | | | 90% | | |

Criteria di definizione dei target degli obiettivi dipartimentali

Definizione target obiettivi anno 2012

Per l'anno 2012 l'azienda, anche allo scopo di lanciare un segnale deciso in merito al significato che si intende dare al cambiamento organizzativo quale presupposto di un cambiamento culturale che incida in maniera forte sulla qualità assistenziale e sull'efficienza gestionale, ha posto come giudizio di definizione del raggiungimento degli obiettivi "raggiunto – non raggiunto", senza lasciare dunque margini per risultati intermedi.

Pertanto, come si può vedere dalla tabella n. 2 "Obiettivi dipartimentali anno 2012 AOU Federico II", i target conseguono in alcuni casi in modo logico ed intuitivo come "SI/NO". Nel caso dei consumi di beni sanitari viene assegnato un target in valore, sulla base di una disposizione del Direttore Generale, calcolato come media dei consumi dei due anni precedenti: solo in tal caso, come si vedrà in seguito, il monitoraggio sul raggiungimento dell'obiettivo porterà a risultati intermedi tenendo conto dei volumi di attività e del peso medio.

Per gli obiettivi relativi ai flussi SDO (scada di dimissione ospedaliera) il target viene determinato al 100% di trasmissione delle schede entro i tempi richiesti, avendo rilevato che molte SDO pervenute in ritardo non vengano inviate alla Regione per il finanziamento dell'attività: ciò determina che molta della attività svolta non viene remunerata.

Il target per gli obiettivi di appropriatezza e di complessità dei ricoveri ordinari viene determinato in relazione a quanto previsto dal Protocollo Regione – Università:

- aumento peso medio DRG ricoveri ordinari rispetto a quello registrato nel 2009-2010 del 6% nel 2012;
- riduzione inappropriatezza dei ricoveri erogati in regime ordinario e diurno rispetto alla media del 2009-2010 del 14% nel 2012.

Si precisa, infine, che annualmente sono sottoposti a revisione critica i target previsti per i singoli obiettivi annuali tenendo, tuttavia, in debita considerazione che, mentre i target degli obiettivi definiti dalla Direzione Strategica o dai singoli

Dipartimenti/Servizi possono essere oggetto di modifiche entro certi limiti, i target degli obiettivi previsti dal protocollo d'intesa non possono essere modificati.

Definizione target obiettivi anno 2013

La definizione dei target per gli obiettivi dell'anno 2013 ha risentito fortemente dei risultati raggiunti nell'anno 2012. Tali risultati hanno rappresentato la base di partenza per il miglioramento delle performance negli anni successivi.

Tralasciando i target del tipo "SI/NO", che scaturiscono come già detto in maniera intuitiva, i target relativi agli altri obiettivi sono determinati come segue:

- per l'implementazione dell'Order Entry per prestazioni diagnostiche di Medicina di Laboratorio vengono definite percentuali di utilizzo del sistema in relazione alla rilevazione delle percentuali di utilizzo al tempo di definizione degli obiettivi, distinguendole in relazione alle prestazioni che vengano richieste per i ricoveri ordinari o per i day hospital;
- per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri erogati in regime ordinario e diurno, sebbene il Protocollo Regione – Università definisca una riduzione rispetto alla media del 2009-2010 del 20% nel 2013, l'azienda a seguito delle relative valutazioni ed analisi definisce un target di riduzione del 70% calcolato secondo il seguente criterio: $(N^{\circ} \text{ ricov. appr. 2013} - \text{Media Ricov. appr. 2009/2010}) / \text{Media Ricov. appr. 2009/2010}$;
- per le prestazioni ambulatoriali viene determinato un target di aumento del volume del 10% delle stesse in relazione al volume rilevabile dai sistemi informativi. In realtà un basso volume di attività ambulatoriale si riscontra a causa del mancato utilizzo dei sistemi informativi per la registrazione delle prestazioni visite di controllo, gestite internamente dai dipartimenti (le prime visite sono tutte registrate tramite CUP), e registrate su registri cartacei o su supporti informativi non in rete
- il target di aumento del peso medio DRG ricoveri ordinari viene determinato dal Protocollo Regione – Università nel 9% nel 2013 rispetto a quello registrato nel 2009-2010;

- i target relativi agli obiettivi del Programma Nazionale 2012 Age.Na.S. vengono definiti dal programma stesso ed adottati dall'azienda.
- il target per i consumi di beni sanitari per l'anno 2013 è rappresentato dalla media dei consumi degli anni 2011 e 2012.

In relazione a quest'ultimo non poche sono state le difficoltà di determinazione numerica del target: come già detto negli anni 2011 e 2012 i consumi erano rilevabili per DAs, mentre al nuovo atto aziendale nel 2013 è conseguita una modifica nella struttura organizzativa aziendale, con conseguente modifica nel piano dei centri di rilevazione. Pertanto, nel 2013 gli obiettivi vengono assegnati ai DAI quali centri di responsabilità. I DAI talvolta hanno accolto gli ex DAs o le ex Aree Funzionali dei DAs solo in quota parte, determinando anche a causa dell'assenza di un sistema di contabilità analitica, notevoli difficoltà di assegnazione delle risorse e, quindi, di consumi.

Tale assegnazione, ai fini della definizione del target dei consumi per l'anno 2013, ha richiesto l'esecuzione delle seguenti operazioni:

1. disaggregazione ex DAs per aree funzionali.
2. riaggregazione aree funzionali ex DAs in nuovi DAI.
3. ripartizione costi comuni ex DAs: in generale i costi comuni fanno riferimento a DAs che per intero sono confluiti in nuovi DAI per cui non si è reso necessario procedere ad alcuna ripartizione; per i DAs confluiti in più DAI i relativi costi comuni sono stati ripartiti secondo un criterio aritmetico in relazione alle ex aree funzionali coinvolte (es. al DAs afferiscono n. 3 ex aree funzionali di cui n. 2 confluite nel DAI A e n. 1 confluita nel DAI B. Pertanto, il costo assegnato al DAI A deriva dalla seguente formula: $(\text{costi comuni} / 3) * 2$; il costo assegnato al DAI B deriva dalla seguente formula: $(\text{costo comuni} / 3) * 1$.

Nel caso dei DAs di Medicina di laboratorio, Anestesia e Rianimazione, Scienze Neurologiche, poichè i costi comuni sono di importo esiguo (non superiore ai 1000,00 euro) essi sono stati associati per intero al DAI cui sono confluite il maggior numero di aree funzionali dei DAs.

4. ripartizione dei costi dei Complessi Operatori: per i complessi operatori confluiti per intero nei nuovi DAI, l'intero costo del complesso è stato assegnato al DAI; per complessi operatori confluiti in più DAI i relativi costi sono stati ripartiti secondo un criterio aritmetico in relazione alle ex aree funzionali coinvolte (es. al complesso afferiscono n. 3 ex aree funzionali di cui n. 2 confluite nel DAI A e n. 1 confluita nel DAI B. Pertanto, il costo assegnato al DAI A deriva dalla seguente formula: $(\text{costo complesso operatorio} / 3) * 2$; il costo assegnato al DAI B deriva dalla seguente formula: $(\text{costo complesso operatorio} / 3) * 1$.
5. Così come specificato nelle note nelle schede obiettivi 2013 inviate ai Direttori dei DAI, tale criterio aritmetico di ribaltamento, potrà subire variazioni in seguito ad eventuali modifiche organizzative, che determineranno modifiche al target di farmaci e dispositivi.

In relazione al suddetto criterio si pongono alcune criticità, determinate anche dalla necessità di procedere ad una celere assegnazione degli obiettivi, avvenuta peraltro a settembre 2013.

Esse sono:

- il target 2013 per i consumi di farmaci e dispositivi è stato determinato come media tra i consumi dell'anno 2011 e 2012. Il problema che si pone è che il valore dei consumi per l'anno 2012 considerato a tal scopo è possibile che non corrisponda al tetto/obiettivo fissato, per cui laddove il consumo per il 2012 sia stato superiore al target e per lo stesso si sia determinato il mancato raggiungimento dell'obiettivo²⁵, significa che per l'anno 2013 si è assegnato un target "premiante" ovvero superiore a quello che avrebbe dovuto corrispondere ai reali consumi dei due anni precedenti.
- dato il criterio di valutazione adottato per determinare la percentuale di raggiungimento degli obiettivi sui consumi dell'anno 2012, il quale ha previsto

²⁵ Per le valutazioni sul raggiungimento degli obiettivi relativi ai consumi di beni sanitari per l'anno 2012, questi ultimi sono stati ponderati in relazione al volume e al peso medio (complessità) delle attività realizzate, per cui è possibile che laddove vi sia stato uno sfioramento del tetto di spesa in realtà l'obiettivo possa definirsi raggiunto, in una certa misura percentuale, in quanto all'aumento dei consumi corrisponde un aumento del volume di attività e della complessità della stessa.

di ponderare i consumi al volume di attività ed al peso medio della stessa, ci si chiede se non sarebbe stato più corretto determinare il target/tetto di spesa per l'anno 2013 come media dei consumi degli anni 2011 e 2012 ponderati sulla base dello criterio, allo scopo di rendere le grandezze comparabili.

- in relazione, poi, alla ripartizione dei costi comuni degli ex DAs sui nuovi DAI ed, in particolare, per i DAs confluiti in più DAI, i relativi costi comuni, tenuto conto delle criticità rilevate ai due punti precedenti, avrebbero forse essere più coerentemente ripartiti secondo un criterio che mette in relazione i consumi con il volume di attività e la complessità dell'attività stessa. Ad esempio:

Tabella 6: esempio possibile criterio ripartizione costi comuni

| Costo comune | Area funzionale | Volume attività | Coefficiente volume attività | Peso | Coefficiente peso | Media coefficienti | Costi per Aree funzionali |
|--------------|-----------------|-----------------|------------------------------|------|-------------------|--------------------|---------------------------|
| 1000 | 1 | 100 | 0,23 | 1 | 0,29 | 0,26 | 256 |
| | 2 | 200 | 0,45 | 0,5 | 0,14 | 0,30 | 299 |
| | 3 | 90 | 0,20 | 0,8 | 0,23 | 0,22 | 217 |
| | 4 | 50 | 0,11 | 1,2 | 0,34 | 0,23 | 228 |
| | | 440 | | 3,5 | | | 1000 |

7) *Analisi dei dati preliminare agli incontri negoziali*

All'elaborazione delle schede di budget segue una fase di analisi delle stesse, che è preliminare agli incontri negoziali. Tale fase si caratterizza per l'interdisciplinarietà in quanto vede la partecipazione attiva non solo del Controllo Interno di Gestione, ma anche del Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, del Responsabile UOC Gestione risorse economico-finanziarie, del Responsabile UOC Gestione risorse umane, del Responsabile UOC Farmacia Centralizzata, del Responsabile UOC Sistema informativo, ICT e nuove tecnologie dell'informazione, del Responsabile UOC Gestione patrimonio edile e tecnico impiantistico e del Responsabile dell'UOS Ingegneria Clinica.

Si tratta di un momento di confronto e di analisi dei dati di costo e di ricavo, di consumo e di produzione, che consente di evidenziare le cause che li hanno determinati e di analizzare le criticità correlate.

Ciò consente di giungere all'incontro negoziale avendo già un'idea sulle eventuali problematiche che un Dipartimento riscontra nello svolgimento delle attività e con proposte non improvvisate di soluzioni ma già in qualche modo analizzate.

8) Partecipazione attiva agli incontri di negoziazione

Gli incontri negoziali rappresentano il punto di partenza per l'avvio di un "dialogo" con i direttori dei Dipartimenti, che meglio conoscono i processi assistenziali ed i dipartimenti.

Seguendo la logica Top Down partecipata, gli incontri di negoziazione si svolgono nel seguente modo:

1° incontro tra Dipartimento, Controllo Interno di Gestione e Referente della Direzione Sanitaria

Tale incontro preliminare rappresenta un momento di condivisione tra Dipartimento e Direzione Aziendale volto a rendere noti gli obiettivi strategici aziendali e le possibili azioni ed obiettivi specifici che i Dipartimenti possono realizzare per fornire un contributo al loro raggiungimento.

Allo scopo di consentire al Dipartimento di formulare obiettivi e proposte vengono consegnati al Direttore i seguenti documenti:

- Report sintetico "Analisi delle principali variabili economico gestionali" (Schede di budget nel 2012) che riassume i dati (numero e valore) sulle attività (RO, DH e prestazioni ambulatoriali), sui consumi di materiale sanitario (farmaci e dispositivi), sulle prestazioni intermedie, sulla dotazione organica e lo straordinario per ogni Dipartimento. I dati sono riportati anche graficamente in diagrammi. All'interno del prospetto è fornito il dettaglio per UOC (o Aree funzionali nel 2012).

Il report rappresenta un utile strumento conoscitivo sull'andamento gestionale del Dipartimento e uno strumento informativo di supporto nella definizione degli obiettivi da raggiungere;

- Scheda Obiettivi che è strutturata in modo da poter rendere noti al Dipartimento i macro obiettivi aziendali previsti nel documento programmatico, in linea con il Protocollo di Intesa tra Regione e Università, e poter rilevare le proposte degli obiettivi specifici da parte del Dipartimento, le azioni da realizzare per poter raggiungere l'obiettivo proposto, le UOC coinvolte ed il responsabile del raggiungimento dell'obiettivo;
- Schede Trend Consumi farmaci e dispositivi, Prestazioni intermedie; Straordinario (solo nell'anno 2012);
- Prestazioni ambulatoriali per UOC (Aree Funzionali nel 2012);
- Prestazioni intermedie per UOC (Aree Funzionali nel 2012);
- Straordinario per qualifiche;
- Verbali incontri precedenti.

Inoltre, nel corso di tale incontro viene illustrato al Direttore del Dipartimento ed al referente per i flussi informativi l'utilizzo del Datawarehouse quale strumento conoscitivo delle variabili economico-gestionali del Dipartimento.

2° incontro tra Direzione Aziendale, Dipartimento e Controllo Interno di Gestione

Si tratta di un vero e proprio incontro di negoziazione successivo all'elaborazione delle Schede Obiettivi per singoli Dipartimenti e formulate sulla scorta delle proposte pervenute dai Dipartimenti stessi. L'incontro è volto a confermare gli obiettivi e le azioni correlate per il loro raggiungimento.

Durante gli incontri vengono discussi con i Dipartimenti le Schede Obiettivi, i dati contenuti nei Report.

Inoltre, a partire dal 2014, durante l'incontro saranno esplicitate le modalità di valutazione relative agli obiettivi dipartimentali ed individuali, che prevedono i seguenti quattro livelli:

- *I livello* vede coinvolti il Direttore del DAI (valutato) e la Direzione Generale (valutatore)

Strumento: scheda obiettivi

- *II livello* vede coinvolti il Direttore di UOC e il Resp.le di UOS a valenza dipartimentale (valutati) e il Direttore del DAI (valutatore)
Strumento: scheda di valutazione individuale
- *III livello* vede coinvolti il Responsabile di UOS (valutato) e il Direttore di UOC (valutatore)
Strumento: scheda di valutazione individuale
- *IV livello* vede coinvolti i Dirigenti Professionali e il Personale di comparto (valutati) e il Direttore del DAI (valutatore)
Strumento: scheda di valutazione individuale

3° incontro tra Direzione Generale, Dipartimento e Controllo Interno di

Firma degli obiettivi definiti ed approvati nei precedenti incontri.

Dimensioni che hanno caratterizzato gli incontri di negoziazione

Gli incontri di negoziazione hanno lo scopo di promuovere quel cambiamento culturale che si ritiene essere indispensabile strumento per l'avvio della gestione aziendale basata sulla programmazione. Gli incontri sono strutturati come momenti di confronto in cui la parte rappresentativa della Direzione Aziendale può non solo comunicare gli obiettivi che è necessario raggiungere per ottenere il finanziamento delle attività, ma anche per conoscere meglio le attività, le modalità di svolgimento delle stesse e le problematiche, mentre la Direzione dei Dipartimenti può conoscere gli obiettivi strategici aziendali correlarli a quelli dipartimentali, rendere manifeste le problematiche che si riscontrano nella gestione delle attività e proporre azioni di miglioramento.

Le dimensioni che caratterizzano gli incontri di negoziazione sono:

1) Chi fa la proposta di budget. Nell'AOU Federico II è previsto il coinvolgimento di più attori: la proposta viene da almeno un membro della Direzione Strategica, in genere della Direzione Sanitaria, congiuntamente con i Controller nelle prime negoziazioni. Successivamente nei secondi incontri di validazione ed accettazione delle schede, la proposta in relazione a quanto predefinito nel primo incontro viene dal Direttore di Dipartimento, che avrà consultato i Responsabili delle UOC (Aree funzionali nel 2012).

2) *Chi è presente alla negoziazione.* In genere, durante i primi incontri, è previsto il coinvolgimento da almeno un membro della Direzione strategica (in genere della Direzione Sanitaria), Controller e Direttore di Dipartimento (Responsabile del centro di responsabilità). Nei successivi incontri di validazione ed accettazione delle schede si prevede la presenza di almeno un membro della Direzione strategica, Controller, Direttore di Dipartimento (Responsabile del CdR), Responsabili delle UOC (Aree Funzionali nel 2012) e Referenti della reportistica.

3) *Sede fisica della negoziazione.* I primi incontri si svolgono presso gli edifici dove sono collocati i dipartimenti stessi: è la direzione aziendale che va dal Direttore di Dipartimento; i secondi incontri di validazione delle schede si terranno presso la Direzione Aziendale.

4) *Numero di livelli di negoziazione.* Si ricorre generalmente a tre livelli di negoziazione, ma talvolta è possibile definire gli obiettivi anche in due soli incontri a seconda del grado di collaborazione dei dipartimenti.

5) *Numero medio di indicatori per Centro di Responsabilità.*

6) *Mese di chiusura della negoziazione.* La chiusura della negoziazione nei due anni di ricerca ha subito diversi slittamenti di date, per le ragioni sopra esposte e correlate ai cambiamenti organizzativi intervenuti nel 2012 e nel 2013. In genere gli obiettivi vengono validati e consegnati ad agosto con ovvio riferimento al solo periodo settembre – dicembre.

7) *Livello di declinazione degli obiettivi.* Gli obiettivi suddivisi in più categorie sono aggregati per Centro di Responsabilità. Essi sono declinati in termini di valori e di azioni da realizzare. A ciascuno è correlato un indicatore, un target, uno strumento di verifica ed un responsabile della verifica, un peso.


9) *Analisi delle risultanze degli incontri raccolte in verbali e la compilazione di una scheda di sintesi per ogni CdR*

Gli incontri vengono verbalizzati e le informazioni raccolte vengono sintetizzate, per ciascun Dipartimento/Servizio, in uno schema di sintesi, il quale ripercorre

l'articolazione della scheda obiettivi e la integra con informazioni sulle osservazioni emerse durante l'incontro, sulle azioni proposte, sugli obiettivi e gli indicatori proposti e concordati.

Grazie a tale schema, in relazione a ciascun obiettivo proposto dalla Direzione, è possibile identificare le cause che non ne consentono la realizzazione, o se lo stesso è stato già conseguito o è in corso di conseguimento. Inoltre, lo schema grazie alla colonna "Azione da realizzare" consente di rilevare eventuali proposte della Direzione Aziendale o del Dipartimento volte alla realizzazione dell'obiettivo, contribuendo alla creazione di uno spirito collaborativo. La scheda consente poi di esplicitare l'obiettivo proposto dal Dipartimento e l'indicatore correlato. Infine, la scheda indica i target per ogni obiettivo, quale indicazione del risultato da raggiungere.

Figura 27: Scheda di sintesi degli incontri di negoziazione

| | | | | | | |
|---|---|--|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
|  | OBIETTIVI DIPARTIMENTALI | | | | | |
| | Si precisa che gli obiettivi sotto riportati sono frutto degli incontri preventivi tra Direzione generale, Direzione sanitaria e Dipartimento | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Dipartimento | | | | | | |
| CATEGORIA OBIETTIVO | OBIETTIVO AZIENDALE | NOTE/OSSERVAZIONI EMERSE DURANTE L'INCONTRO | AZIONI DA REALIZZARE | OBIETTIVO SPECIFICO PROPOSTO | INDICATORE PROPOSTO | TARGET ANNO |
| Efficienza | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Appropriatezza | | | | | | |
| | | | | | | |
| Complessità | | | | | | |
| <p>a cura del Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H interno: 3765 - fax: 2304 email: controllodigestione.aou@unina.it</p> | | | | | | |

10) Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi e analisi degli scostamenti


Al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi di budget, trimestralmente, l'Ufficio di Controllo di Gestione estrae da sistema informatico i dati gestionali, caricati dai Centri di Responsabilità. I dati vengono elaborati e sintetizzati in specifici parametri economici e qualitativi, tramite i quali viene effettuata l'analisi degli scostamenti rispetto agli obiettivi prefissati. Le risultanze delle analisi confluiscono in un report gestionale (Scheda monitoraggio Obiettivi) redatto dall'Ufficio Controllo di Gestione e trasmesso al Direttore Generale ed ai Centri di Responsabilità. In caso di eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi la Direzione Aziendale può trasmettere una richiesta di chiarimenti ai Centri di Responsabilità, i quali definiscono i provvedimenti e le azioni correttive da intraprendere.

In tale sede è possibile riportare i risultati del monitoraggio sul grado di raggiungimento degli obiettivi solo in relazione all'anno 2012. Infatti, per l'anno 2013 è ancora in corso il recupero dei dati, perché a causa del mancato adeguamento dei sistemi informativi alla nuova situazione organizzativa, le operazioni di monitoraggio richiedono una ricognizione "manuale" dei dati dai singoli applicativi, che comporta l'impiego di più tempo per le analisi.

Per l'anno 2012, sono stati prodotti due report di monitoraggio:

- il primo ad Ottobre 2012 a scopo "informativo" per rendere noto l'andamento e/o lo scostamento dall'obiettivo;
- il secondo report prodotto nei primi due mesi dell'anno 2013 con la definizione delle percentuali definitive di raggiungimento degli obiettivi.

Figura 28: Report primo monitoraggio



REPORT DI MONITORAGGIO OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2012

DAs di

| CATEGORIA OBIETTIVO* | OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO PROPOSTO E CONCORDATO CON LA DIREZIONE GENERALE | AZIONI DA REALIZZARE | INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO | TARGET 2012** | RISULTATO DEL PERIODO DI RIFERIMENTO | PERIODO DI RIFERIMENTO | % DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO**** | STRUMENTO DI VERIFICA | RESP.LE VERIFICA*** |
|----------------------|--|---|---|---|--|--------------------------------------|--------------------------|--|-------------------------|---------------------|
| Efficienza | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione | % schede trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione | 100% | 36,40% | I semestre | 0% | SDO | Direzione Sanitari |
| | | | Identificazione di un medico strutturato quale referente per le procedure SDO/DRG | SI/NO | SI | SI | I semestre | 100% | Lettera nomina | Direzione Sanitari |
| | | | Partecipazione del referente individuato a formazione specifica su SDO/DRG organizzata dalla DS. | SI/NO | SI | VALUTABILE A FINE ANNO | N.D. | Registro presenze | Direzione Sanitari | |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo farmaci | Il consumo di farmaci, ad eccezione di quelli a compensazione, non può superare la media degli anni | | Media consumi anni 2010 - 2011 | € 247.514 | € 118.093 | gennaio - settembre 2012 | 100% | OLIAMM | Farmacia |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo dispositivi | Il consumo di dispositivi non può superare la media degli anni 2010/2011. | | Media consumi anni 2010 - 2011 | € 711.469 | € 556.334 | gennaio - settembre 2012 | 0% | OLIAMM | Farmacia |
| | Censimento delle apparecchiature elettromedicali | Censimento delle apparecchiature elettromedicali in dotazione al DAs, entro il 15 Dicembre 2012 | Completamento del censimento e supporto alle attività di censimento tecnico del Settore Gestione Apparecchiature Elettromedicali. | SI/NO | SI | SI | luglio - settembre 2012 | 100% | Modello censimento SGAE | SGAE |
| Appropriatezza | 100% appropriatezza ricoveri | Rispetto dei paramentri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | Scelta corretto regime assistenziale secondo quanto disposto dai decreti commissariali | N° ricoveri inappropriati DRG LEA | Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | VALUTABILE A FINE ANNO | | N.D. | SDO/ADT | Direzione Sanitari |
| Complessità | Aumento complessità ricoveri ordinari. | Aumento peso medio dei ricoveri ordinari | Migliore codifica delle SDO | Peso medio DRG RO | 1,35 | 1,32 | I semestre | 0% | SDO/DRG QUANI | Direzione Sanitari |
| | | | | | | | | 50% | | |

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2012.

** Il monitoraggio degli obiettivi sarà effettuato sull'ultimo quadrimestre 2012 e sarà prodotto ed inviato ai DAs un report entro il 15/10/2012 ed entro il 31/01/2013. Per i consumi di farmaci e dispositivi il monitoraggio degli obiettivi è riferito all'intero anno, come previsto dalla nota del Direttore Generale dell' 11/04/2012.

*** I Resp.li della verifica dovranno fornire al Controllo di Gestione, i dati utili al monitoraggio entro il 30 settembre 2012 ed entro il 31 dicembre 2012.

****I criteri di calcolo delle percentuali di raggiungimento degli obiettivi possono essere modificati dall' Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIV) costituitosi nella AOU Federico con delibera del Direttore Generale n°272, del 2 Luglio 2012

***** Si è deciso di utilizzare il colore rosso per indicare la percentuale di raggiungimento obiettivi tra 1-49 %, il colore giallo per indicare la percentuale di raggiungimento obiettivi tra 50-79%, il colore verde per indicare la percentuale di raggiungimento obiettivi tra 80-100%

a cura del Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H

interno: 3765 - fax: 2304

email: controllodigestione.aou@unina.it

I Dipartimenti analizzati sono n° 25. Di questi n° 7 sono Servizi che erogano prestazioni intermedie (esami di laboratorio, consulenze anestesilogiche, ecc.). In relazione a quest'ultimi sono stati assegnati n° 3 obiettivi a 4 dipartimenti (mantenimento della media degli anni 2010/2011 per il consumo farmaci, rispetto della media degli anni 2010/2011 per il consumo dispositivi, censimento delle apparecchiature) e n° 7 obiettivi a n° 3 dipartimenti.

Il primo monitoraggio ha avuto lo scopo di segnalare ai singoli DAs e Servizi, di quanto si stavano discostando dal raggiungimento degli obiettivi e dal tetto di spesa stabilito per i consumi. In particolare, sono state definite % di raggiungimento degli obiettivi secondo il seguente criterio (si veda struttura report):

- per una % scostamento che va da 0% a 49%, l'obiettivo è stato considerato non raggiunto (colore rosso);
- per una % scostamento che va da 50% a 79%, l'obiettivo è stato considerato raggiunto in parte (colore giallo);
- per una % scostamento che va da 80% a 100%, l'obiettivo è stato considerato raggiunto (colore verde).

Per l'obiettivo relativo alla trasmissione SDO, qualunque % al di sotto del 100% determina il non raggiungimento, perché in tal caso esiste un vincolo Regionale cui è correlato il rimborso delle prestazioni erogate.

Per il tetto di spesa relativo ai consumi, il superamento dello stesso e la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo sono stati valutati in relazione al volume ed alla complessità dell'attività prodotta.

Tabella n° 7: % raggiungimento obiettivi realizzate da DAS e Servizi

| Primo monitoraggio | | | % raggiungimento obiettivi | | |
|-----------------------|--|---|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| CATEGORIA OBIETTIVO | OBIETTIVO AZIENDALE | AZIONI DA REALIZZARE | 0% | 100% | 70% |
| Efficienza | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione | n° 18 DAS e n° 3 Servizi | \ | \ |
| | | Identificazione di un medico strutturato quale referente per le procedure SDO/DRG | n° 1 DAS | n° 17 DAS e n° 3 Servizi | \ |
| | | Partecipazione del referente individuato a formazione specifica su SDO/DRG organizzata dalla DS. | N.D. | N.D. | N.D. |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo farmaci | | n° 5 DAS e n° 1 Servizi | N° 13 DAS e n° 6 Servizi | \ |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo dispositivi | | n° 9 DAS e n° 2 Servizi | n° 9 DAS e n° 5 Servizio | \ |
| | Censimento delle apparecchiature e elettromedicali | Completamento del censimento e supporto alle attività di censimento tecnico del Settore Gestione Apparecchiature Elettromedicali. | \ | n° 12 DAS e n° 3 Servizio | n° 6 DAS e n° 4 Servizio |
| Appropriatezza | 100% appropriatezza ricoveri | Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | N.D. | N.D. | N.D. |
| Complessità | Aumento complessità ricoveri ordinari. | Migliore codifica delle SDO | n° 8 DAS | n° 10 DAS e n° 3 Servizi | \ |

Il secondo monitoraggio degli obiettivi, correlato all'assegnazione della retribuzione di risultato, si è svolto in relazione all'ultimo quadrimestre 2012: il ritardo nell'assegnazione degli obiettivi ha fatto ritenere che non era possibile richiedere ai vari responsabili la realizzazione di obiettivi relativi ad un periodo annuale, se gli stessi venivano validati e resi noti ad Agosto.

In relazione al secondo monitoraggio e unicamente a scopo di ricerca sono state determinate le percentuali di scostamento dal target fissato per poter porre un confronto con il primo monitoraggio. Si precisa che i dati relativi al primo e secondo monitoraggio fanno riferimento a due periodi differenti: primo semestre 2012 per il primo monitoraggio e ultimo quadrimestre 2012 per il secondo monitoraggio. Si accetta una semplificazione in merito al confronto, perché ai fini della ricerca l'obiettivo dei due monitoraggi è stato quello di comprendere in che misura i Dipartimenti si stavano discostando dall'obiettivo. Tale operazione è cosa ben diversa dalla determinazione della percentuale totale di raggiungimento degli obiettivi per i singoli DAs, il cui calcolo è determinato in relazione al peso assegnato a ciascun obiettivo.

E' emersa la seguente situazione:

Tabella 8: % raggiungimento obiettivi realizzate da DAs e Servizi

| Secondo monitoraggio | | | % raggiungimento obiettivi | | |
|----------------------|--|--|----------------------------|--------------------------|-----|
| CATEGORIA OBIETTIVO | OBIETTIVO AZIENDALE | AZIONI DA REALIZZARE | 0% | 100% | 70% |
| Efficienza | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione | n° 18 DAs e n° 3 Servizi | \ | \ |
| | | Identificazione di un medico strutturato quale referente per le procedure SDO/DRG | | n° 18 DAs e n° 3 Servizi | \ |
| | | Partecipazione del referente individuato a formazione specifica su SDO/DRG organizzata dalla DS. | n° 3 DAs e n° 1 Servizio | n° 15 DAs e n° 6 Servizi | \ |

| | | | | | |
|-----------------------|--|---|-------------------------|---------------------------|---------------|
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo farmaci | Procedere alla presentazione di un capitolato tecnico di gara per dispositivi entro il 20 Dicembre 2012 | n° 5 DAs e n° 1 Servizi | N° 13 DAs e n° 6 Servizi | \ |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo dispositivi | | n° 6 DAs e n° 2 Servizi | n° 12 DAs e n° 5 Servizio | \ |
| | Censimento delle apparecchiature elettromedicali | Completamento del censimento e supporto alle attività di censimento tecnico del Settore Gestione Apparecchiature Elettromedicali. | \n° 1 DAs | n° 17 DAs e n° 5 Servizio | n° 2 Servizio |
| Appropriatezza | 100% appropriatezza ricoveri | Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | N.D. | N.D. | N.D. |
| Complessità | Aumento complessità ricoveri ordinari. | Migliore codifica delle SDO | n° 8 DAs | n° 10 DAs e n° 2 Servizi | \ |

In relazione al totale dei dipartimenti e per ciascun obiettivo, da un confronto tra il primo monitoraggio ed il secondo monitoraggio, si delinea quanto segue:

Figura 29: Confronto tra risultati I e II monitoraggio

| AZIONI DA REALIZZARE | Confronto tra I e II monitoraggio |
|---|-----------------------------------|
| Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione | invariato |
| Identificazione di un medico strutturato quale referente per le procedure SDO/DRG | migliorato |
| Partecipazione del referente individuato a formazione specifica su SDO/DRG organizzata dalla DS. | prima non valutabile |
| Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo farmaci | invariato |
| Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo dispositivi | migliorato |
| Completamento del censimento e supporto alle attività di censimento tecnico del Settore Gestione Apparecchiature Elettromedicali. | migliorato |
| Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | invariato (non valutabile) |
| Migliore codifica delle SDO | invariato |

Legenda

Migliorato: vi è un aumento nel n° di Dipartimenti che hanno realizzato una % di raggiungimento dell'obiettivo del 100%;

Invariato: non vi sono cambiamenti nella % di raggiungimento degli obiettivi rispetto al primo monitoraggio.

Metodologia di monitoraggio raggiungimento obiettivi anno 2012

Determinazione dei pesi dei singoli obiettivi anno 2012

Come già anticipato, la definizione dei pesi dei singoli obiettivi è avvenuta in un momento successivo a quello di determinazione degli stessi.

Criteri di determinazione raggiungimento obiettivi anno 2012

Di seguito si riportano i criteri di determinazione delle percentuali di raggiungimento degli obiettivi in relazione alle quali è stata assegnata la retribuzione di risultato per l'anno 2013.

➤ *Criteri di determinazione raggiungimento obiettivi consumi farmaci e dispositivi*

L'adozione di un criterio più complesso si è posta a seguito di alcune riflessioni emerse in sede di riunione con l'Organismo Indipendente di Valutazione.

In particolare, si è posta in evidenza la particolare difficoltà di correlare in modo corretto e razionale l'entità dei consumi, alla quantità ed alla complessità delle prestazioni erogate, dovendosi evitare che risultino penalizzanti gli aumenti di consumo determinati dall'incremento quali-quantitativo dei trattamenti prestati e, all'inverso, premianti i risparmi connessi al mero decremento del numero e/o della qualità delle prestazioni.

L'Organsmo Interno di Valutazione (OIV), ha ritenuto che il parametro del consumo di farmaci e dispositivi presenti “un' intrinseca ed oggettiva ambiguità sintomatica e che, in quanto tale può essere foriero di conclusioni valutative erranee e fuorvianti connesse alla difficoltà di correlare correttamente il dato oggettivo del consumo alla qualità ed al numero delle prestazioni offerte dal professionista in valutazione”.

Lo stesso OIV ha ritenuto opportuno, pertanto, suggerire che al predetto parametro sia riconosciuto un peso significativamente minore di quello attribuito agli altri obiettivi ed, in particolare, di assegnare all'obiettivo dei consumi un peso pari alla metà del peso più basso assegnato agli altri obiettivi.

Inoltre, per i Servizi di Anatomia Patologica e Citopatologia, Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva, Terapia iperbarica e Terapia antalgica, Diagnostica per Immagini, Igiene ospedaliera medicina del lavoro e di comunità, Medicina di laboratorio, Patologia clinica, Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, il parametro dei consumi risulta strettamente e direttamente condizionato dal numero e dalla natura delle richieste ricevute dagli altri DAS e non costituisce, pertanto, un affidabile elemento di valutazione circa l'attività propria dei Servizi stessi. Si suggerisce di parametrizzare i consumi alla produttività dei Servizi, ovvero al rapporto tra richieste ricevute e risposte fornite.

Dunque, alla luce delle riflessioni suddette, i risultati relativi ai consumi di farmaci e dispositivi, sono stati determinati in relazione a:

- importo speso nel corso del 2012 rispetto alla media 2010-2011
- volumi di attività e peso realizzati nel 2012 rispetto alla media 2010-2011

In entrambi i casi sono stati calcolati dei coefficienti.

Calcolo coefficienti:

1. *Coefficiente di Volumi attività* = Volumi Attività anno 2012/Media di Volumi attività anni 2010-2011

2. *Coefficiente di Peso Totale* = Peso Totale 2012/Media Peso Totale anni 2010-2011

Per i coefficienti di cui al numero 1. e 2. si è proceduto al calcolo della loro media, come segue:

3. *Media coefficienti di volumi di attività e peso* = (Coefficiente di volumi di attività + coefficiente di peso)/2

Tale media assume valori $> = <$ di 1

4. *Coefficiente consumi farmaci e dispositivi:*

- Coefficiente consumo farmaci = Importo speso anno 2012/Media importo speso anni 2010-2011

- Coefficiente consumo dispositivi = Importo speso anno 2012/Media importo speso anni 2010-2011

I due coefficienti assumono valori $> = <$ di 1

La media dei coefficienti di volumi attività e peso è stata confrontata con i Coefficienti di consumo e sono state determinate le seguenti quattro classi di risultato:

A. Coefficiente consumi $<$ di 1 rispetto alla media 2010-2011 con media coefficienti di volumi di attività e peso $> =$ di 1

In tal caso l'obiettivo si considera realizzato al 100%

| Coefficiente consumi | Media Coefficienti di volumi di attività e peso | % raggiungimento obiettivo |
|----------------------|---|----------------------------|
| < 1 | > = 1 | 100% |

B. Coefficiente consumi < di 1 rispetto alla media 2010-2011 con media coefficienti di volumi di attività e peso < di 1

| Coefficiente consumi (4) | Media Coefficienti di volumi di attività e peso (3) | Classi di rapporto tra coefficiente (4) e (3) | % raggiungimento obiettivo |
|--------------------------|---|---|----------------------------|
| < 1 | < 1 | 0,01 – 0,99 | 100% |
| < 1 | < 1 | 1,00 – 1,05 | 90% |
| < 1 | < 1 | 1,06 – 1,10 | 80% |
| < 1 | < 1 | = > 1,11 | 70% |

C. Coefficiente consumi > di 1 rispetto alla media 2010-2011 con media coefficienti di volumi di attività e peso > di 1

| Coefficiente consumi (4) | Media Coefficienti attività e peso (3) | Classi di rapporto tra coefficiente (4) e (3) | % raggiungimento obiettivo |
|--------------------------|--|---|----------------------------|
| > 1 | > 1 | 0,01 – 0,99 | 100% |
| > 1 | > 1 | 1,00 – 1,05 | 90% |
| > 1 | > 1 | 1,06 – 1,10 | 80% |
| > 1 | > 1 | = > 1,11 | 70% |

D. Coefficiente consumi > di 1 rispetto alla media 2010-2011 con media coefficienti attività e peso < di 1

In tal caso l'obiettivo si considera realizzato allo 0%

| Coefficiente consumi | Media Coefficienti di volumi di attività e peso | % raggiungimento obiettivo |
|----------------------|---|----------------------------|
| > 1 | < 1 | 0% |

➤ *Criteri di determinazione raggiungimento obiettivi di appropriatezza*

Per l'anno 2012 occorre realizzare una riduzione dell'inappropriatezza del 14%.

Per determinare il raggiungimento dell'obiettivo relativo alla riduzione dei ricoveri inappropriati per l'anno 2012 si è adottata la seguente metodologia:

1. Estrazione dal Sistema Informativo QUANY del n° ricoveri inappropriati. Il Sistema li determina automaticamente in relazione ai DRG LEA.

2. per i DAS che hanno realizzato un n° ricoveri inappropriati minore o uguale rispetto alla Media di ricoveri inappropriati anni 2009-2010, la % di raggiungimento dell'obiettivo è stata determinata secondo la seguente formula:

$$- 14 (\text{Target anno 2012}) : 100 = +/- \text{ Risultato del periodo di rif. : X}$$

per i DAS che, invece, hanno realizzato un n° ricoveri inappropriati uguale o maggiore alla Media di ricoveri inappropriati anni 2009-2010, l'obiettivo si considera non raggiunto, per cui la % di raggiungimento dell'obiettivo è dello 0%

➤ *Criteri di determinazione raggiungimento obiettivi complessita'*

Il peso medio DRG deve aumentare per l'anno 2012 del 6% rispetto alla media peso medio DRG anni 2009-2010. Il Target definito per ciascun DAS già prevede tale aumento.

Pertanto, il raggiungimento dell'obiettivo per l'anno 2012 è stato determinato come segue.

- per i DAs che hanno realizzato un risultato del periodo maggiore rispetto alla Media dei pesi medi anni 2009-2010, la % di raggiungimento dell'obiettivo è stata determinata secondo la seguente formula:
Target anno 2012 : 100 = Risultato del periodo di rif. : X
- per i DAs che, invece, hanno realizzato un risultato di periodo uguale e minore alla Media dei pesi medi anni 2009-2010, l'obiettivo si considera non raggiunto, per cui la % di raggiungimento dell'obiettivo è dello 0%

Esempio:

Caso 1

media pesi anni 2009-2010 = 0,5

target = 1

risultato del periodo di riferimento = 0,7

si procede nella determinazione della % di raggiungimento dell'obiettivo secondo la formula suddetta, anche se $0,7 < 0,5$ avendo comunque registrato un miglioramento rispetto agli anni precedenti.


A seguito dell'applicazione dei suddetti criteri, i risultati raggiunti nell'anno 2012 sono i seguenti:

Tabella 9: % medie raggiungimento singoli obiettivi dipartimentali

| CATEGORIA OBIETTIVO | OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO CONCORDATO | AZIONI DA REALIZZARE | INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO | TARGET 2012 | % MEDIA DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO |
|--------------------------------|--|---|--|---|--------------------|--|
| Efficienza | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione | % schede trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione | 100% | 64% |
| | | | Identificazione di un medico strutturato quale referente per le procedure SDO/DRG | SI/NO | SI | 100% |
| | | | Partecipazione del referente individuato a formazione specifica su SDO/DRG organizzata dalla DS. | SI/NO | SI | 90% |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo farmaci | Il consumo di farmaci, ad eccezione di quelli a compensazione, non può superare la media degli anni 2010/2011. | | Media consumi anni 2010 - 2011 | (valore) | 80% |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per | Il consumo di dispositivi non può superare la media | | Media consumi anni 2010 - 2011 | (valore) | 82% |

| | | | | | | |
|-----------------------|--|---|---|-----------------------------------|--|-----|
| | consumo dispositivi | degli anni 2010/2011. | | | | |
| | Censimento delle apparecchiature elettromedicali | Censimento delle apparecchiature elettromedicali in dotazione al DAs, entro il 15 Dicembre 2012 | Completamento del censimento e supporto alle attività di censimento tecnico del Settore Gestione Apparecchiature Elettromedicali. | SI/NO | SI | 96% |
| Appropriatezza | 100% appropriatezza ricoveri | Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | Scelta corretto regime assistenziale secondo quanto disposto dai decreti commissariali | N° ricoveri inappropriati DRG LEA | Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | 72% |
| Complessità | Aumento complessità ricoveri ordinari. | Aumento peso medio dei ricoveri ordinari | Migliore codifica delle SDO | Peso medio DRG RO | (valore) | 96% |

Figura 30: Report % totali di raggiungimento obiettivi anno 2012

|  % totale di raggiungimento obiettivi singoli DAS - anno 2012 | | |
|---|--|------------|
| | DAS | % |
| 1 | DAS 1 | 31% |
| 2 | DAS 2 | 40% |
| 3 | DAS 3 | 65% |
| 4 | DAS 4 | 66% |
| 5 | DAS 5 | 66% |
| 6 | DAS 6 | 68% |
| 7 | DAS 7 | 69% |
| 8 | DAS 8 | 80% |
| | % MEDIA DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI | 81% |
| 9 | DAS 9 | 82% |
| 10 | DAS 10 | 82% |
| 11 | DAS 11 | 82% |
| 12 | DAS 12 | 84% |
| 13 | DAS 13 | 84% |
| 14 | DAS 14 | 84% |
| 15 | DAS 15 | 90% |
| 16 | DAS 16 | 90% |
| 17 | DAS 17 | 93% |
| 18 | DAS 18 | 93% |
| 19 | DAS 19 | 94% |
| 20 | DAS 20 | 95% |
| 21 | DAS 21 | 96% |
| 22 | DAS 22 | 97% |
| 23 | DAS 23 | 100% |
| 24 | DAS 24 | 100% |
| 25 | DAS 25 | 100% |
| | % MEDIA DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI | 81% |

Scheda monitoraggio obiettivi

La Scheda monitoraggio obiettivi impiegata per determinare, sia in itinere che al termine dell'anno di riferimento del budget (anno n+1), la percentuale di raggiungimento degli obiettivi è costruita in modo da integrare le informazioni già inserite nella Scheda Obiettivi con quelle relative a:

- risultato realizzato nel periodo di riferimento
- scostamento risultato – target
- % di raggiungimento del singolo obiettivo
- punteggio
- % totale di raggiungimento degli obiettivi

Nel Report di cui alla figura 31 il colore rosso indica la percentuale di raggiungimento obiettivi tra 1-49 %, il colore giallo la percentuale di raggiungimento obiettivi tra 50-79%, il colore verde la percentuale di raggiungimento obiettivi tra 80-100%.

Inoltre, si specifica che:

- Per il monitoraggio degli obiettivi correlati ai consumi di farmaci e dispositivi il risultato del periodo di riferimento è stato parametrato al volume di attività (RO e accessi DH) ed al peso (complessità) dell'attività stessa.

Si è tenuto conto del fatto che gli aumenti o diminuzioni dei consumi potessero essere più o meno proporzionali agli aumenti o diminuzioni del volume di attività e del peso.

- Per il monitoraggio dell'obiettivo correlato alla diminuzione della % di inappropriatezza dei RO si è fatto riferimento all'obiettivo aziendale, previsto dal Protocollo di intesa Università-Regione, che prevede per l'anno 2012 una riduzione dell'inappropriatezza del 14% rispetto alla media 2009-2010.

- Per il monitoraggio dell'obiettivo correlato all'aumento della % di complessità dei RO si è fatto riferimento all'obiettivo aziendale, previsto dal Protocollo di intesa Università-Regione, che prevede per l'anno 2012 un aumento del 6% rispetto alla media 2009-2010.

Figura 31: Scheda di monitoraggio obiettivi dipartimentali anno 2012

| REPORT DI MONITORAGGIO OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2012 | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|---|---------------------------|-------------------------------|----------------|-----------|-------------------------|---------------------|
| DAs di | | | | | | | | | | | | |
| CATEGORIA OBIETTIVO* | OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO PROPOSTO E CONCORDATO CON LA DIREZIONE GENERALE | AZIONI DA REALIZZARE | INDICATORE PROPOSTO E CONCORDATO | TARGET 2012** | RISULTATO DEL PERIODO DI RIFERIMENTO** *** | PERIODO DI RIFERIMENTO | % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO*** | PESO OBIETTIVO | PUNTEGGIO | STRUMENTO DI VERIFICA | RESP.LE VERIFICA*** |
| Efficienza | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione | % schede trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione | 100% | 59,00% | settembre - dicembre 2012 | 59% | 0,15 | 9% | SDO | Direzione sanitaria |
| | | | Identificazione di un medico strutturato quale referente per le procedure SDO/DRG | SI/NO | SI | SI | settembre - dicembre 2012 | 100% | 0,02 | 2% | Lettera nomina | Direzione sanitaria |
| | | | Partecipazione del referente individuato a formazione specifica su SDO/DRG organizzata dalla DS. | SI/NO | SI | NO | settembre - dicembre 2012 | 0% | 0,03 | 0% | Registro presenze | Direzione sanitaria |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo farmaci | Il consumo di farmaci, ad eccezione di quelli a compensazione, non può superare | | Media consumi anni 2010 - 2011 | € 247.514 | € 164.558 | anno 2012 | 100% | 0,10 | 10% | OLIAMM | Farmacia |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo dispositivi | Il consumo di dispositivi non può superare la media degli anni 2010/2011. | | Media consumi anni 2010 - 2011 | € 711.469 | € 787.991 | anno 2012 | 0% | 0,10 | 0% | OLIAMM | Farmacia |
| | Censimento delle apparecchiature elettromedicali | Censimento delle apparecchiature elettromedicali in dotazione al DAs, entro il 15 Dicembre 2012 | Completamento del censimento e supporto alle attività di censimento tecnico del Settore Gestione Apparecchiature Elettromedicali. | SI/NO | SI | SI | settembre - dicembre 2012 | 100% | 0,10 | 10% | Modello censimento SGAE | SGAE |
| Appropriatezza | 100% appropriatezza ricoveri | Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | Scelta corretto regime assistenziale secondo quanto disposto dai decreti commissariali | N° ricoveri inappropriati DRG LEA | Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza | 53 | settembre - dicembre 2012 | 0% | 0,25 | 0% | SDO/ADT | Direzione sanitaria |
| Complessità | Aumento complessità ricoveri ordinari. | Aumento peso medio dei ricoveri ordinari | Migliore codifica delle SDO | Peso medio DRG RO | 1,35 | 1,26 | settembre - dicembre 2012 | 0% | 0,25 | 0% | SDO/DRG QUANI | Direzione sanitaria |
| | | | | | | | | | 1,00 | 31% | | |
| a cura del Controllo Interno di Gestione - Direzione Generale - Ed. 11/H interno: 3765 - fax: 2304 email: controllodigestione.aou@unina.it | | | | | | | | | | | | |

Tabella 10: Cause determinanti il mancato o parziale raggiungimento degli obiettivi

| CATEGORIA OBIETTIVO | OBIETTIVO AZIENDALE | OBIETTIVO SPECIFICO | AZIONI DA REALIZZARE | CAUSE DEL MANCATO RAGGIUNGIMENTO O DELLA REALIZZAZIONE DI UNA BASSA % |
|----------------------------|--|--|--|--|
| Efficienza | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione | Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione | <p>Carenza di personale amministrativo.</p> <p>Personale amministrativo presente non ha competenze informatiche per la chiusura delle SDO.</p> <p>Soluzione: impiego degli specializzazione per la chiusura e registrazione SDO.</p> |
| | | | Identificazione di un medico strutturato quale referente per le procedure SDO/DRG | Carenza di personale. |
| | | | Partecipazione del referente individuato a formazione specifica su SDO/DRG organizzata dalla DS. | Non è stato individuato il referente. |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo farmaci | Il consumo di farmaci, ad eccezione di quelli a compensazione, non può superare la media degli anni 2010/2011. | | N.D. |
| | Mantenimento media 2010 - 2011 per consumo dispositivi | Il consumo di dispositivi non può superare la media degli anni 2010/2011. | | N.D. |
| | | | | |

| | | | | |
|-----------------------|--|---|---|---|
| | Censimento delle apparecchiature elettromedicali | Censimento delle apparecchiature elettromedicali in dotazione al DAs, entro il 15 Dicembre 2012 | Completamento del censimento e supporto alle attività di censimento tecnico del Settore Gestione Apparecchiature Elettromedicali. | <p>Mancata collaborazione del dipartimento.</p> <p>Soluzione: lo SGAE si è recato presso il dipartimento per visionare e censire le apparecchiature</p> |
| Appropriatezza | 100% appropriatezza ricoveri | Rispetto dei parametri regionali relativi all'appropriatezza secondo il criterio dei DRG LEA | Scelta corretto regime assistenziale secondo quanto disposto dai decreti commissariali | <p>Impiego di ricovero ordinario e/o day hospital per prestazioni di tipo diagnostico.</p> <p>Impiego di day hospital per prestazioni terapeutiche che potrebbero svolgersi in ambulatorio.</p> <p>Assenza di adeguate struttura ambulatoriali per eseguire prestazioni terapeutiche ed assenza di personale da destinarvi.</p> |
| Complessità | Aumento complessità ricoveri ordinari. | Aumento peso medio dei ricoveri ordinari | Migliore codifica delle SDO | <p>Non corretta assegnazione del DRG ai ricoveri.</p> <p>Non corretta indicazione nelle SDO di diagnosi primaria e diagnosi secondaria.</p> <p>Errori di trasposizione dal formato cartaceo a quello informatico da parte del personale amministrativo.</p> |

11) Rilevazione punti di forza e di debolezza del processo

Nell'ultima fase della ricerca si è proceduto a sintetizzare i punti di forza e di debolezza del processo di budget nell'AOU Federico II.

Figura 32: Analisi Swot del Processo di Budget dell'AOU Federico II

| | Punti di forza | Punti di debolezza |
|-------------------------|--|--|
| Contesto interno | <ul style="list-style-type: none"> § Logica iterativa del tipo top down partecipata § Capovolgimento delle logiche della programmazione § Connotazione culturale (comunicare gli obiettivi) § Funzione di strumento di integrazione organizzativa § Partecipazione attiva § Realizzazione e monitoraggio di tre obiettivi § Schema di sintesi incontri negoziali § Redazione verbali incontri § Assegnazione retribuzione di risultato § Approccio multidisciplinare al processo di Budget | <ul style="list-style-type: none"> § Legittimazione del processo indebolita § Carenze informative – carenze della Co.An. e riprogettazione della stessa § S.I. non rilevano la produttività in termini di valore § Processo di budget appare essere tardivo § Definizione di obiettivi generici per i CdR § Non presente un regolamento del processo di budget § Prevalenza di una logica finanziaria e non del valore § Previsione consumi come tetto di spesa § Scarsa collaborazione nell'alimentazione del SI § Nomina nuovi vertici aziendali e cambiamenti organizzativi (adozione nuovo atto aziendale) § Difficoltà di correlare in modo corretto e razionale l'entità dei consumi, alla quantità ed alla complessità delle prestazioni erogate |
| | Opportunità | Minacce |
| Contesto esterno | <ul style="list-style-type: none"> § Vincoli normativi (es. implementazione processo budget, regolamento budget, ecc.) § Obblighi informativi previsti dalla Regione | <ul style="list-style-type: none"> § Vincoli correlati ai tagli di risorse imposti dalla Regione, ma anche dal "sistema di finanziamento a budget" § Logica di contenimento della spesa e non della effettiva domanda espressa dalla popolazione § Complessità sistema di budget e schemi di budget proposti dalla Regione |

2.4 Il verbale di riunione e la scheda di sintesi degli incontri negoziali come strumenti di programmazione, coordinamento e comunicazione

Nell'ambito del processo di budget è stata rivolta un'attenzione particolare al verbale ed alla scheda di sintesi degli incontri negoziali, allo scopo di delineare quali sono i vantaggi correlati a tali strumenti.

Obiettivi dei due strumenti sono i seguenti:

1. Sintetizzare le informazioni rilevanti per le decisioni operative e strategiche, in ordine agli obiettivi da realizzare
2. Migliorare la selezione e la definizione dei problemi
3. Migliorare la ricognizione e la valutazione delle osservazioni e soluzioni proposte
4. Ordinare le informazioni per favorire un'analisi strutturata e coerente
5. Riconoscere alle osservazioni e proposte scaturenti dall'incontro un valore formale/strategico ma non burocratico
6. Fornire alla direzione uno strumento di analisi che consenta di agire in una logica di programmazione di tipo bottom up
7. Migliorare l'attuazione e la valutazione delle decisioni
8. Agevolare la valutazione dell'impatto delle scelte strategiche operate sulle attività svolte
9. Responsabilizzare i partecipanti all'incontro negoziale

La metodologia di utilizzo del verbale e della scheda di sintesi degli incontri negoziali

Gli incontri negoziali vengono verbalizzati a cura del Controllo Interno di Gestione seguendo una logica di discussione per categorie di obiettivi. Per ciascuna di queste vengono rilevate Osservazioni e Proposte da parte di tutti gli interlocutori. Nel verbale sono indicati: ora e sede dell'incontro, nomi dei partecipanti.

Quanto verbalizzato viene riportato nella scheda di sintesi dei verbali. Quest'ultima è strutturata a partire dalla scheda obiettivi che in coerenza con il "Ciclo di gestione della performance dell'A.O.U. "Federico II" di Napoli", l'"Implementazione delle mappe strategiche e della Balanced Scorecard livello corporate Anni 2011-2013" ed il "Piano della performance dell'A.O.U. "Federico II" di Napoli Anni 2011-2013", si ricollega ai

macro obiettivi aziendali (appropriatezza, complessità ed efficienza) definiti nel protocollo di intesa Regione – Università e declinati in obiettivi specifici e quantificabili. Nella scheda di sintesi delle risultanze degli incontri, oltre alle dimensioni relative a categorie obiettivi, obiettivi aziendali, target anno di previsione, sono rilevabili anche dimensioni relative a note/osservazioni, azioni proposte e da realizzare, obiettivi specifici proposti dal DAs, indicatori proposti dal DAs.

Un gruppo multidisciplinare, poi, procede all'analisi delle risultanze delle schede e sulla base dei dati emersi, definisce quali azioni e proposte è possibile realizzare. Infine, le schede vengono condivise con i Dipartimenti e validate dal Dipartimento e dalla Direzione Generale.

Vantaggi

Grazie all'utilizzo degli strumenti "verbale e scheda di sintesi", oltre alla rilevazione di aspetti di tipo "sociologico", correlati alle dinamiche di gruppo e di tipo decisionale, è stato possibile quantizzare gli interventi e le azioni proposte dai dipartimenti. Di conseguenza, a livello aziendale, si è potuto quantizzare l'impegno rivolto al raggiungimento dei macro obiettivi, consentendo anche previsioni sulle possibilità di realizzazione degli obiettivi stessi e di approntare modalità di intervento correttive ex ante in fase di analisi delle schede.

Il numero di DAs coinvolti sono 25; per ciascuno di essi è stata identificata almeno una macrocategoria di obiettivi, rispetto alla quale porre in essere azioni migliorative, e per ciascuna macrocategoria sono stati individuati n. 2/3 obiettivi specifici da realizzare. In relazione a ciascun obiettivo ed alle osservazioni emerse, sono state identificate una o più azioni migliorative.

Lo strumento formale che dà atto di quanto riferito agli incontri ha generato un effetto di responsabilizzazione soprattutto nell'impegno alla realizzazione delle azioni migliorative ed in termini di contributo che il DAs può offrire all'azienda .

Per concludere: il verbale di riunione, ha una valenza formale che dà valore alle informazioni in esso contenuto, ma non assume valenza impositiva, quanto piuttosto di tutela per gli interlocutori, soprattutto, quando funge da memoria e riconoscimento delle proposte.

Il verbale e la scheda di sintesi degli incontri negoziali, consentono il passaggio da un modello decisionale casuale ad un modello razionale, non normativo in quanto non impositivo, ma intuitivo per quanto attiene alle soluzioni.

Gli strumenti contribuiscono al passaggio da soluzioni soggettive ed individualistiche a soluzioni oggettive e generali e consentono alla riunione di evolversi attraverso gli stadi di sviluppo del gruppo in modo ordinato, dando efficacia nel tempo al gruppo stesso.

Infine, gli strumenti analizzati consentono di disporre di dati qualitativi e quantitativi di rilevante importanza per le scelte strategiche aziendali.

2.5 Conclusioni

Come è emerso, la definizione degli obiettivi nell'AOU Federico II e la successiva assegnazione è un processo che poco ha a che fare con la budgettizzazione, ovvero con l'assegnazione di risorse, anche economiche, per realizzare gli obiettivi concordati.

Il processo di definizione del budget aziendale si sviluppa secondo una *logica iterativa del tipo top down partecipata*, segue cioè un flusso di comunicazioni che parte dagli organi di direzione aziendale in ordine all'assegnazione degli obiettivi da raggiungere, delle attività da realizzare da ciascun Centro di Responsabilità e viene tradotto in fabbisogni dei fattori produttivi (personale, prodotti farmaceutici, utenze, materiali, etc.) attraverso la redazione di Budget settoriali i quali ultimi devono essere coerenti con il bilancio previsionale. Si evidenzia dunque, un *capovolgimento delle logiche della programmazione* che in genere precede la previsione. Ad oggi, è comunque in corso un procedimento di regolamentazione del processo e di adeguamento dei sistemi informativi, anche ai fini di pervenire ad una budgettizzazione anche in termini economico-quantitativi, che rappresenti il punto di partenza, insieme agli obiettivi aziendali di cui al Documento Programmatico, per la redazione del bilancio di previsione.

Dunque il processo si traduce nell'assegnazione da parte della Direzione Aziendale degli obiettivi, la cui possibilità di realizzazione viene valutata insieme ai responsabili dei Dipartimenti.

In genere, poi, il budget dovrebbe garantire una responsabilizzazione "bidirezionale" in quanto impegna la Direzione Generale a garantire le risorse previste e assegnate ai

Dipartimenti e i dirigenti di essi a realizzare i programmi concordati. Al riguardo, va sottolineato con chiarezza e con forza, che il budget non è e non deve diventare strumento rigido di gestione. Nella realtà dell'AOU Federico II calata in un contesto di piano di rientro, risorse scarse e blocco del turnover, con necessità di conseguire comunque degli obiettivi per assicurare il finanziamento delle attività, da parte della Regione, così come sancito nel protocollo, la logica suddetta trova riscontro solo in parte: sebbene gli obiettivi vengano condivisi, non vengono garantite in realtà risorse ulteriori rispetto a quelle disponibili, che abbiamo detto essere scarse.

In tale situazione, sebbene la Direzione Aziendale sia orientata ad un processo di concordamento solo su obiettivi che il Dipartimento potrà potenzialmente realizzare, ve ne sono alcuni tra quelli proposti che sono “obbligatori”, in quanto volti ad assicurare la sopravvivenza dell'azienda attraverso il finanziamento regionale delle attività correlato al loro raggiungimento. E' chiaro che la realizzazione di tali obiettivi in una condizione di buona gestione non dovrebbe determinare premi o remunerazioni di risultato, in quanto se collegati al finanziamento ordinario, essi rappresenterebbero l'attività ordinaria che in ogni caso deve essere garantita e svolta.

La questione non è però così semplice, perché nelle attuali condizioni di gestione, caratterizzate da carenze di risorse di ogni tipo, umane, strumentali, ecc., riuscire a realizzare l'attività ordinaria diviene opera straordinaria.

Il processo di budget avviato pare assumere una connotazione più culturale che economico-finanziaria: esso ha in primis lo scopo di comunicare ai diversi responsabili, che vi sono degli obiettivi da raggiungere in termini di revisione delle attività svolte, di appropriatezza delle stesse, anche in relazione al processo di deospedalizzazione in corso, di complessità e di efficienza. Prima che responsabilizzare il budget deve sensibilizzare i professionisti sull'influenza da essi esercitabile sull'utilizzo delle risorse e quindi attribuire loro responsabilità che prima era considerata estranea alle loro funzioni.

Gli obiettivi assegnati assumono una connotazione organizzativa e qualitativa in quanto volti a determinare un miglioramento in tali termini, piuttosto che realizzare risultati quantitativi. Quest'ultimi in tale tipo di approccio saranno (si spera) determinati dall'aver migliorato la qualità e l'organizzazione. Così ad esempio il raggiungimento dell'obiettivo “aumentare della complessità”, potrà essere determinato non dall'aver

incrementato il numero di ricoveri complessi e, quindi, con un peso medio più elevato, ma dall'aver correttamente codificato il DRG in fase di chiusura e registrazione dell'SDO. Analogamente per l'obiettivo "incremento delle prestazioni ambulatoriali, il cui raggiungimento potrà essere determinato sia da un miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri con un trasferimento di alcune prestazioni dal regime in day hospital all'ambulatorio, sia dall'incremento di prenotazioni informatizzate delle prestazioni ambulatoriali di seconda visita in luogo di registrazioni cartacee, che sfuggono al controllo dell'azienda ed alle verifiche regionali ai fini del finanziamento delle attività.

Dunque, il budget esercita i propri effetti organizzativi grazie e per effetto della sua capacità di orientare e modificare i comportamenti degli individui. In tale ottica, il budget nell'AOU Federico II ben assolve la sua *funzione di strumento di integrazione organizzativa* quale meccanismo in grado di facilitare, attraverso momenti caratterizzati da differenti livelli di formalità (riunioni, incontri, negoziazioni) l'integrazione tra individui, collocati ai medesimi o a differenti livelli organizzativi e gerarchici, che precedentemente non avevano opportunità di contatto e di confronto.

Per gran parte dei Dipartimenti si riscontra una *partecipazione attiva* con coinvolgimento di tutti responsabili delle Aree Funzionali e la circostanza che l'incontro venga svolto presso la sede del dipartimento pare avere un effetto positivo sulla negoziazione che assume in gran parte connotazione di dialogo e scambio. In tale contesto, l'elevato grado di autonomia clinica per cui i medici non sono ben disposti a farsi dire cosa devono fare è attenuato dallo stile partecipativo adottato per gli incontri di negoziazione. Infatti, i responsabili durante gli incontri di negoziazione si dicono soddisfatti delle modalità operative adottate ed affermano che l'approccio collaborativo adottato può determinare un miglioramento ed una valorizzazione delle eccellenze presenti in azienda.

Inoltre, l'incontro di negoziazione rappresenta un importante *momento conoscitivo* per la Direzione Aziendale, in merito alla situazione organizzativa e gestionale del Dipartimento, ma anche in relazione alla dotazione tecnico-strutturale ed alle relative condizioni di manutenzione e di utilizzo di tale dotazione. Infatti, date le dimensioni e la complessità delle aziende ospedaliere universitarie, la direzione aziendale non è in grado di conoscere specificamente le condizioni dei singoli dipartimenti, che presentano

le caratteristiche di piccole aziende, né gli attuali flussi di comunicazione, informatici e non, consentono di ottenere informazioni utili.

Lo *schema di sintesi* delle risultanze degli incontri negoziali, adottato dall'AOU Federico II, pare essere un *ottimo strumento* atto ad individuare problematiche specifiche e azioni migliorative correlate, oltre che utile strumento nella definizione delle priorità a livello dipartimentale ed aziendale. Inoltre, lo strumento si mostra adeguato ad agevolare anche la comunicazione tra gli attori del processo, sia in fase di rilevazione dei dati che in fase di lettura ed analisi. Si prospetta dunque, una sua efficacia anche in corso di validazione di obiettivi ed indicatori.

L'attività di ricerca ha consentito di evidenziare anche alcuni punti di debolezza del processo.

In particolare, è possibile innanzitutto trarre delle considerazioni sul contesto in cui il processo si inserisce inficiato non solo dai *vincoli correlati ai tagli di risorse imposti dalla Regione, ma anche dal "sistema di finanziamento a budget"* che, paradossalmente, "può essere causa di deresponsabilizzazione, perché l'eventuale difficoltà a rispondere alle esigenze dei pazienti (...) o il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico possono essere attribuiti o alla scarsità dei finanziamenti ottenuti o, viceversa, all'inappropriatezza dell'attività svolta, alla cattiva organizzazione, o ad altre inefficienze."²⁶ Dunque, questi sistemi richiedono un rafforzamento dei sistemi di controllo interno sulla qualità, efficacia, efficienza ed appropriatezza dei singoli Servizi Sanitari.

Il processo di budget sebbene sia ben legittimato dalla Direzione Aziendale, per cui lo stesso viene accettato dai responsabili come strumento in grado di offrire una possibilità di miglioramento, soprattutto, in relazione a probabili finanziamenti aggiuntivi correlati al raggiungimento di determinati obiettivi, la *legittimazione stessa risulta essere indebolita*, dalla necessità dell'azienda di rispondere al dettato della normativa regionale, che impone l'adozione del processo di planning, budget e reporting, ed in ciò si ravvisa il rischio che il budget da strumento di programmazione strategica dell'attività dell'organizzazione, nel medio-lungo periodo si trasformi in un "rituale

²⁶ Borgonovi E. (2008), "Scandali, persone, regole", Mecosan, Anno XVII – N.66, p. 5

burocratico” depotenziato della propria capacità di definizione strategica e orientato tendenzialmente alla riproduzione statica, anno dopo anno, di strategie pregresse modificate in via puramente incrementale.

Relativamente alla fase di elaborazione delle schede si sono evidenziate delle *carenze informative* che hanno indotto a selezionare poche voci di costo e di ricavo per le quali si dispone di informazioni sufficienti, sebbene non complete, in termini economico quantitativi. La causa di queste carenze è dovuta all’assenza di un sistema di Contabilità Analitica (Co.An.). Presupposto essenziale per una successiva negoziazione del budget è la puntuale conoscenza delle prestazioni erogate e della loro valorizzazione economica: ad oggi molti costi sono rilevabili dal Datawarehouse ma essi sono oggetto di stime e non sempre corrispondenti al dato di bilancio. Dunque, alcuni costi vanno richiamati dallo schema di conto economico aziendale, vanno impiegati in Contabilità Analitica, con imputazione diretta ad ogni Struttura Aziendale, mentre altri richiedono specifici criteri di ribaltamento.

Ai fini della negoziazione del budget la valutazione della produttività deve affiancare quella dei costi. Ad oggi la *rilevazione delle attività avviene in maniera parziale e solo in relazione al numero di prestazioni* e la valorizzazione delle attività è svolta a cura della Direzione Sanitaria che rielabora i dati forniti dai Dipartimenti. Dunque è necessario un adeguamento dei sistemi informativi alle esigenze di monitoraggio, maggiore quantità, qualità e attendibilità dei dati, maggiore tempestività nella rielaborazione e comunicazione dei report.

Inoltre, il *processo di budget appare essere tardivo* e per questo viene compromessa in parte la sua funzione di orientamento circa il perseguimento degli obiettivi aziendali.

Un altro punto di debolezza è correlato alla *definizione di obiettivi generici* per i centri di responsabilità, facendo emergere durante gli incontri la richiesta di maggiore differenziazione degli obiettivi e dei target ad essi correlati, alla luce delle specifiche mission dei singoli Dipartimenti, unitamente alla richiesta di maggior consapevolezza a livello aziendale della complessità e strategicità di alcuni obiettivi, che in alcuni casi richiede di valutare anche il grado di interdisciplinarietà degli obiettivi affidati, attraverso una pesatura degli stessi sulla base del grado di loro effettiva governabilità.

Infine, si riscontra che viene posta una maggiore attenzione agli obiettivi dipartimentali, piuttosto che a quelli correlati alle attività di tipo amministrativo assegnati i Servizi Amministrativi.

Normativa

- Decreto Legge 13 Settembre 2012, n. 158, Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute
- Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Decreto Legislativo 23 giugno 2011m n 118, Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42
- Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 Ottobre 1992, n. 421. G.U. n. 305 del 30-12-1992, suppl. ordinario.
- Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 286, Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59.
- Decreto Legislativo 7 Dicembre 1993, n. 517, Modificazioni al Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 recante il riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 Ottobre 1992, n. 421. G.U. n. 293 del 15-12-1993, suppl. ordinario.
- Decreto Legislativo n. 77/1995, meglio noto come "Bassanini 1"
- Decreto n. 14 del 30 novembre 2009, Regione Campania, Linee guida per la predisposizione del regolamento di amministrazione e contabilità delle aziende del SSR, Decreto n. 14 del 30 novembre 2009, Regione Campania

- Decreto n. 5 del 30 settembre 2009, Regione Campania, Obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri.
- Decreto n. 58 del 30 settembre 2010, Regione Campania, Definizione soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriately per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna.
- Decreto n. 60 del 4 agosto 2011, Regione Campania, Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali sia a livello aziendale che regionale.
- Patto per la Salute 2010-2012
- Piano Sanitario Nazionale 2011-2013
- Regione Campania – Decreto n. 18 del 18 febbraio 2013, Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Campania
- Regione Campania – Decreto n. 22 del 22 Marzo 2011: Piano Sanitario Regionale 2011-2013

Bibliografia

- A.ge.na.s., Aspetti giuridici dell'evoluzione dei rapporti interistituzionali fra Università e Regione (art. 6 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e D.Lgs. 517/99) con particolare riferimento alle problematiche connesse all'istituzione delle Aziende Ospedaliere Integrate di cui all'articolo 2 del D.Lgs.517/99.
- Adinolfi P., (2001), L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche, Mecosan Management ed economia sanitaria, anno X n. 37, Gennaio-Marzo.
- Adinolfi P., Mele R.,(2005), Elementi di Management Sanitario, Kastalia multimedia.
- Agenzia per i servizi sanitari regionali, "Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e la gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza", supplemento a "Monitor", 6/2003.
- Anselmi, Saita, (2002), La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie, Il Sole 24 ore.
- Anthony R. D., Young D. W (1984). Management Control in Nonprofit Organizations, Homewood, IL: Irwin, 3a ed. (trad. it. Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit, Milano: McGraw Hill, 1992).
- Anthony R.N. e altri, (2003), Il controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit, Mc-Graw Hill, Milano.
- Anthony R.N., (1967), Sistemi di pianificazione e controllo, Etas Libri, Milano.
- Baraldi S., (2001), Budget: è l'ora dell'addio? Sanità e management agosto/settembre, 21-24.

- Bartocci L., (2002), Il budget come strumento di governo delle aziende sanitarie pubbliche: profili teorici ed operativi., Rivista italiana di ragioneria e di economia aziendale, n° 11/12, 2002.
- Bastia P. (1989), Il budget d'impresa. Criteri di formazione e di impiego, CLUEB, Bologna.
- Bensa G., Prenestini A. e Villa S. (2008), «La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008, Milano, EGEA.
- Bergamaschi M., Lecci F., Morelli M. (2010), «Strategic Cost Management e aziende sanitarie», RIREA.
- Bocchino U., (1994), Controllo di gestione e budget, Ed. Giuffrè, Milano.
- Borgonovi E. (2008), “Scandali, persone, regole”, Mecosan, Anno XVII – N.66.
- Borgonovi, E. (1990), Il controllo economico nelle aziende sanitarie, Egea, Milano.
- Brusa L. (2000), Sistemi manageriali di programmazione e controllo, Giuffrè Editore.
- Buccoliero L., Cavaliere A., Nasi G., (2000), I sistemi informativi automatizzati a supporto dei sistemi di programmazione e controllo, in Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie , Mc Graw-Hill, Milano.
- Buccoliero L., Nasi G., (2004), Il sistema informativo delle aziende sanitarie: stato dell'arte e prospettive evolutive dell'area clinica, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004, Milano, Egea.

- Burgio, Crialesi, Rocchetti, Solipaca, Eelaborazioni Istat-Ceis su dati del Ministero della Salute , 2007, www.istat.it.
- Campania, R. (2011), Decreto n.22 del 22 Marzo 2011: Piano Sanitario Regionale 2011-2013.
- Cantù E., (a cura di), Rapporto OASI 2012, L'aziendalizzazione della sanità italiana, CERGAS – EGEA.
- Casati G, Vichi MC (2002). Il percorso assistenziale del paziente in ospedale, Milano, Mc GrawHill.
- Casati G. (2002). La gestione per processi in sanità, QA Vol 13. Nr.1.
- Casati G. (a cura di) (2000). Il percorso del paziente. Milano, EGEA.
- Casati G. (a cura di) (2001). Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie. Milano, Mc Graw Hill.
- Casati G., (1996) Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie, EGEA, Milano.
- Casati G., (2000), Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, Milano.
- Casati G., Mastrobuono I. (1998). Il processo di aziendalizzazione: indagine sullo stato di sviluppo del sistema di programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie nel 1997, ASI n. 13, Roma.
- Casati G., Mastrobuono, (1998), Valutazione dello stato di sviluppo della programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie italiane, Mecosan, n°26.
- Casati, Valotti, Il collegamento tra sistema di budget e sistema di incentivazione nelle aziende ospedaliere: una possibile metodologia, Mecosan, n° 17, 1996.
- Del Vecchio M (2000). Contabilità e controllo di gestione della aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, Mecosan, 6:93-97

- Di Stanislao F, Noto G (1999). Sviluppo organizzativo quality-oriented. Un quadro concettuale ed una ipotesi di lavoro per le aziende Sanitarie. MECOSAN, 31: 23-36
- ERA, Atlante 2008. Schede di dimissione ospedaliera per genere e USL, disponibile su www.e-r-a.it.
- Fattore G. (2005), Metodi di ricerca in economia aziendale, Milano, EGEA.
- FIASO, Risultati dal Laboratorio FIASO Governo del Territorio, Il processo di budget e il suo impatto sul comportamento dei dirigenti territoriali
- Frigo, D. Il DataWarehouse come strumento di gestione dell'azienda.
- Lega, F. (2001), Strategie di rete per i sistemi multiospedalieri: analisi e valutazione, Economia & Management.
- Marino I. R. (a cura di), Sistema Salute. Analisi e prospettive per il futuro della Sanità italiana, Editrice Solaris, Roma 2007.
- Masini, C. (1986), Lavoro e risparmio, UTET, Torino.
- Mercurio R, Martinez M, (a cura di) 2010, Modelli di governance e processi di cambiamento nelle public utilities, Franco Angeli
- Mercurio R., Efficienza e managerialità nella Pubblica Amministrazione, Cesit Centro Studi sistemi di trasporto collettivo "Carlo Mario Guerici", Working paper series n. 22 2012
- Ministero della Salute, Dipartimento della qualità Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III, Dipartimenti per il Governo Clinico e l'Integrazione tra Assistenza, Didattica e Ricerca, Fascicolo Governo Clinico – Dipartimenti 2\2011, Workshop 1 Aprile 2011
- Mintzberg H. La progettazione dell'organizzazione aziendale. Il Mulino ed., 2005.

- Polistena B., Rocchetti I., 12° Convegno annuale dell'AIES: "Priorità ed equità nelle scelte di politica sanitaria", L'impatto della deospedalizzazione sulle disuguaglianze a livello Regionale, CEIS Sanità' Fac. Economia Tor Vergata Roma.
- Rapporto CEIS-Sanità 2008, Center for Economic and International Studies, Health Communication, Roma 2009.
- Risultati dal Laboratorio FIASO Governo del Territorio - Il processo di budget e il suo impatto sul comportamento dei dirigenti territoriali – Università Commerciale Bocconi; CERGAS; FIASO
- Silvestro A. et al (2009): «La complessità assistenziale» McGraw- Hill, Milano.
- Sommella L., "Nuovi percorsi del paziente ospedalizzato/ deospedalizzato", I Quaderni 2/2009 - La Sanità.
- Vendramini, E. (2004), Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche, McGraw-Hill, Milano.
- Veronica Allocca, Giovanni Canfora, Ida Crifò, Roberto Delfino, Daniela Marcellini, Luigi Quagliata, Alessandra Sivero, Vincenzo Viggiani (2011), "Logica budgetaria sperimentale e reportistica periodica". Percorsi di innovazione. Il cambiamento tra ambizione e realtà, in A.O.U. Federico II, I Percorsi di Innovazione, Napoli, Ariello Editore, pp. 95 – 140.
- Veronica Allocca, Giovanni Canfora, Ida Crifò, Roberto Delfino, Daniela Marcellini, Luigi Quagliata, Alessandra Sivero, Vincenzo Viggiani (2011), "Logica budgetaria sperimentale e reportistica periodica". Percorsi di innovazione. Il cambiamento tra ambizione e realtà, in A.O.U. Federico II, I Percorsi di Innovazione, Napoli, Ariello Editore, pp. 95 - 140
- Zavattaro, F. (1993), Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario, Mecosan, n.5.

- Magnotti T. (2010), Il controllo di gestione nella Pubblica Amministrazione, www.studiodigrazia.net.
- Del Vecchio M. (2000), “Contabilità e controllo nelle aziende sanitarie”, Mecosan, N.36.
- Sciarelli S. (2004), Fondamenti di economia e gestione delle imprese, Cedam.
- Mussari R. (a cura di) (2001), Manuale operativo per il controllo di gestione, Analisi e strumenti per l’innovazione, I manuali, Rubettino Editore.
- Gagliarducci F., Tardiola A. (2003), I sistemi di controllo direzionale e valutazione delle performance, www.astrid-online.it